

# ADEVĂRURI ȘI MITURI DESPRE SĂNĂTATEA MENTALĂ

Bolnavii psihici  
sunt violenți?

Doliu fără lacrimi?

Divorțul  
traumatizează  
copiii?

Ce este  
un psihopat?

Terapie cu  
electroșocuri?

ADHD-ul  
este  
supradiagnosticat?

Gândirea  
pozitivă  
ajută?

Ce înseamnă  
personalitatea  
multiplă?

HAL ARKOWITZ ȘI  
SCOTT O. LILIENFELD

**PPT**  
PSIHOLOGIA  
PENTRU  
TOȚI

**TREI**

HAL ARKOWITZ ȘI  
SCOTT O. LILIENFELD

# ADEVĂRURI ȘI MITURI DESPRE SĂNĂTATEA MENTALĂ

Traducere din limba engleză  
de Daniela Andronache



*Lui Lollie, cu dragoste*  
Hal Arkowitz

*Studentilor mei, de la care continui  
să învăț atât de mult*  
Scott O. Lilienfeld

## Prefață

„Fii extrem de precaut atunci când decizi să schimbi un răspuns (la un test cu răspunsuri multiple). Experiența arată că mulți studenți care își schimbă răspunsurile le schimbă, de fapt, cu altele greșite.” Acest citat este preluat dintr-o carte extrem de influentă, care îi ajută pe studenți să se pregătească pentru examenul de licență, care este deosebit de important pentru admiterea în programele de masterat. Pare un sfat bun, doar că... este greșit. Numeroase studii au constatat că acei candidați care rămân la primul răspuns dat instinctiv la testele cu răspunsuri multiple tind să obțină rezultate mai slabe decât dacă ar reveni asupra unor răspunsuri.

Dr. Phil (Phil McGraw), popularul psiholog de televiziune, pare să fie capabil să rezolve, în doar 10–15 minute, problemele reclamate de invitații săi. Totuși, nu există nici cea mai mică dovadă care să sugereze că astfel de schimbări rapide sunt cu putință. De fapt, dovezile științifice sugerează că metoda lui, dar și altele, bazate pe confruntare intensă și empatie scăzută, tind nu doar să fie ineficace, dar pot și să crească rezistența la schimbare. Mesajele principale ale lui Dr. Phil au la bază o filosofie de tipul „*Just do it!*” — adică: „Fapte, nu vorbe!” Să ne gândim la această replică a lui Dr. Phil:

„Mulți oameni chiar au avut copilării tragice. Dar știi ceva? Mai bine uită de povestea asta“. Dacă schimbarea ar fi atât de ușoară, numărul celor cu probleme psihice s-ar diminua dramatic.

Ambele exemple de mai sus demonstrează cum unele dintre cele mai ferm susținute credințe ale noastre sunt contrazise de descoperirile cercetărilor științifice. În această carte, folosim cuvântul „mituri“ pentru a descrie acest gen de credințe. Scopul nostru va fi acela de a prezenta dovezile științifice care contrazic aceste mituri.

Deseori aceste credințe conțin un sâmbure de adevăr, dar devin mituri atunci când sunt prezentate în mod exagerat și absolutizând anumite concluzii. De exemplu, mulți cred că prădătorii sexuali aproape întotdeauna recidivează și că nu pot fi ajutați să se schimbe. Studiile arată însă că doar un număr relativ mic dintre ei recidivează, iar cei care beneficiază de tratament sunt mult mai puțin înclinați să-și reia comportamentul decât cei care nu au parte de terapie. Mai este încă o cale lungă de parcurs până la eliminarea recidivei în rândul prădătorilor sexuali, deoarece, chiar dacă această rată este mai scăzută decât cred mulți, ea este încă ridicată. Acest mit al recidivei obligatorii are un miez de adevăr, dar, așa cum am arătat, este contrazis de constatările cercetărilor.

Printre miturile pe care le analizăm în această carte se numără:



- A vorbi cu persoanele cu tendințe suicidare despre dorința lor de a muri crește probabilitatea de suicid.
- Depresia este cauzată de un dezechilibru chimic din creier.
- Există o epidemie de autism.
- Divorțul le creează întotdeauna tulburări grave copiilor.
- Oamenii pot avea personalitate multiplă.
- Marijuana creează dependență.
- Luna plină declanșează comportamente bizare.
- S-a demonstrat că tratamentele naturiste sunt eficiente pentru tratarea anxietății și a depresiei.
- Obezitatea este cauzată în primul rând de lipsa de voință.
- Terapia electroconvulsivă este o procedură periculoasă, care îi face în multe cazuri pe oameni să devină incoerenți și să se comporte ca niște zombi.

Auzim mituri din nenumărate surse, inclusiv din media și din părerile cărora unor oameni

fără pregătire în domeniul psihologiei. Dar există câteva motive care ne fac să înclinăm să-i credem. Unul dintre autori (Scott Lilienfeld), alături de colaboratorii săi, a scris pe larg pe această temă (de exemplu, în cartea sa *50 de mari mituri ale psihologiei populare\**). Discuția noastră de acum pornește de la acea lucrare.

În primul rând, miturile fac ca lucrurile să pară simple, astfel încât să nu fim nevoiți să ne preocupăm de complexitatea reală a acelor lucruri. Un bun exemplu în acest sens este mesajul lui Dr. Phil, psihologul de la TV, că tot ce avem de făcut pentru a ne schimba comportamentele problematice este să trecem la fapte (și să lăsăm deoparte vorbele), adică: „*just do it*“. Acest mesaj este simplu, clar și... greșit. Există multe motive pentru care comportamentele problematice sunt destul de greu de modificat (vezi capitolul 43 din această carte), la fel cum e nevoie de anumiți factori pentru a avea loc o modificare efectivă. Dar este mai ușor să accepți teza simplistă a lui Dr. Phil.

În al doilea rând, realitatea pe care o experimentăm este una subiectivă și este influențată de percepția și memoria selective. Cu alte cuvinte, avem tendința de a percepe și de a ne reaminti ceea ce se potrivește cel mai bine cu ideile noastre preconcepute. De exemplu, dacă unii oameni îi percep pe cei cu probleme psihice ca fiind slabi și temători, ei vor fi înclinați să creadă că tot ce au de făcut

acești oameni suferinzi este să-și adune curajul și să facă schimbările necesare — și asta ar fi de ajuns.

Al treilea motiv este numit „distorsiunea (*bias*) de confirmare”: este vorba despre tendința de a acorda atenție și de a ne reaminti în mod selectiv acele informații care ne confirmă credințele sau ipotezele și de a neglija sau distorsiona informațiile care nu au această calitate. Dacă noi credem că majoritatea oamenilor cu schizofrenie sunt violenți, vom fi mai înclinați să luăm în considerare informațiile care ne confirmă această prejudecată și să ignorăm sau să uităm acele informații care ne infirmă această preconcepție.

În al patrulea rând, oamenii confundă corelația cu legătura cauzală. Doar pentru că două lucruri sunt corelate sau asociate, nu înseamnă că unul este cauza celuilalt. Un exemplu al acestei confuzii s-a înregistrat într-un spital public de boli mintale, unde cercetătorii au observat un miros distinct în secția pacienților cu schizofrenie, miros care nu apărea în alte secții. Cercetătorii și-au formulat ipoteza, aparent rezonabilă, că transpirația persoanelor cu schizofrenie ar putea să conțină anumiți compuși chimici care contribuie la dezvoltarea acestei tulburări. În timpul studiului, un asistent de psihiatrie i-a întrebat ce studiază. Când i-au spus ce anume cercetau, acesta a râs și a zis ceva de genul: „O, da, chiar pute aici. Dușul e stricat de o



săptămână“. Asocierea dintre mirosul corpului și schizofrenie era doar o corelație. Cauza ambelor era dușul stricat. În multe cazuri, o corelație dintre două variabile se poate datora unei a treia variabile mai degrabă decât unei conexiuni cauzale între cele două evenimente.

Din păcate, miturile despre sănătatea mentală sunt larg răspândite. Susținerea opiniilor bazate pe fapte, și nu pe ficțiuni poate reduce stigmatizarea și poate conduce la atitudini și comportamente mai adecvate față de persoanele cu boli mentale. Scopul nostru, în această carte, este să oferim tocmai aceste informații corective.

Studentii și masteranzii vor putea utiliza această carte pentru a demonta miturile despre sănătatea mentală. Această carte poate fi folosită ca un auxiliar valoros pentru cursurile de psihopatologie și psihologie clinică. De asemenea, este foarte potrivit pentru cursurile programelor masterale de psihologie clinică, asistență socială, consiliere și psihiatrie. Și oamenii obișnuiți, și jurnaliștii vor găsi informații valoroase în această carte, pentru a înțelege mai bine boala mentală.

Cele mai multe dintre capitolele cărții au fost publicate anterior într-o rubrică bilunară intitulată „Facts and Fictions in Mental Health“, în revista *Scientific American Mind* și au fost adaptate pentru această carte. Au fost adăugate trei noi capitole (despre mituri legate

de suicid, tulburarea bipolară și creativitate, precum și despre concepțiile populare privind psihoterapia).

Vrem să mulțumim revistei *Scientific American Mind* pentru generozitatea cu care ne-a acordat permisiunea de a publica în această carte capitolele respective. De asemenea, vrem să ne exprimăm profunda apreciere față de cei doi editori, Mariette DiChristina și Ingrid Wicklegren, pentru comentariile și sugestiile lor neprețuite pe marginea primelor schițe ale capitolelor. Comentariile și sugestiile lor au dus la îmbunătățirea semnificativă a stilului vivace și lizibil pe care ne-am străduit să îl obținem.

De asemenea, apreciem ajutorul primit de la celelalte persoane de la *Scientific American Mind*, care au făcut o muncă excepțională pentru găsirea ilustrațiilor pentru fiecare capitol și care ne-au ajutat în multe alte moduri.

### **Lecturi recomandate**

Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Ruscio, J. & Beyerstein, B.L. (2010), *50 de mari mituri ale psihologiei populare. Înlăturarea concepțiilor greșite despre comportamentul uman*, București: Trei, 2010.

McGraw, P. (f.d.), Extras din: [http://www.brainy-quote.com/quotes/authors/p/phil\\_mcgraw\\_2.html#XH9](http://www.brainy-quote.com/quotes/authors/p/phil_mcgraw_2.html#XH9).

---

\* Scott O. Lilienfeld *et al.*, *50 de mari mituri ale psihologiei populare. Înlăturarea concepțiilor greșite despre comportamentul uman*, București: Trei, 2010. (N.red.)

# Mulțumiri

Această carte nu ar fi fost posibilă fără ajutorul primit din partea celor care ne-au susținut într-un mod extraordinar. Suntem în mod special recunoscători lui Mariette DiChristina și Ingrid Wickelgren de la *Scientific American* și *Scientific American Mind*, pentru asistența lor competentă în editarea articolelor originale, lui Karen Shield de la Wiley-Blackwell, pentru ajutorul acordat în obținerea drepturilor de publicare, și lui Andrew Peart și Liz Wingett de la Wiley-Blackwell, pentru că au făcut posibilă apariția acestei cărți și pentru ajutorul lor în compunerea manuscrisului. În sfârșit, le mulțumim zecilor de colegi, care ne-au oferit sugestii utile pe marginea celor scrise de noi, și zecilor de cititori care au făcut comentarii constructive.

# Partea I

## **Tulburările anxioase**

# Introducere

Cu toții cunoaștem cel puțin o persoană afectată de o tulburare anxioasă. În multe cazuri este chiar persoana care ne privește din oglindă. Aproximativ trei din zece persoane din Statele Unite vor suferi de o asemenea tulburare la un moment dat pe parcursul vieții. Din cauză că aceste probleme provoacă foarte mult stres pentru atât de mulți oameni, este imperativ să înțelegem corect natura acestor afecțiuni și tratamentul lor.

Tulburările anxioase sunt caracterizate prin așteptarea că ar putea apărea evenimente tulburătoare sau periculoase în anumite situații, chiar și atunci când sunt șanse mici sau nule să se întâmple acest lucru. Aceste expectații sunt adesea asociate cu o excitație fiziologică pronunțată și cu tendințe puternice de evitare a situațiilor de care ne este frică. Anxietatea face parte, de asemenea, din tabloul simptomatic al mai multor tulburări anxioase, inclusiv tulburarea de stres posttraumatic (TSPT), tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) și tulburarea de tezaurizare compulsivă.

A cincea ediție a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, al Asociației Americane de Psihiatrie (*DSM-5*), publicată în 2013, enumeră mai multe tulburări



anxioase, printre care fobiile specifice, anxietatea socială, tulburarea de panică, agorafobia și tulburarea anxioasă generalizată.

Persoanele cu fobii specifice trăiesc de obicei o teamă legată de o anumită situație (de exemplu, să conducă mașina pe autostradă), de un anumit obiect (de exemplu, de ace) sau de anumite ființe vii (de exemplu, de șerpi). Adesea fobiile primesc denumiri derivate din limba greacă. Una dintre favoritele noastre este hexakosioihexekontahefobia, care se referă la frica de numărul 666, asociat în *Biblie* cu Satana. Doar încearcă să pronunți numele acestei fobii! Tulburarea de anxietate socială este o frică intensă și adesea paralizantă de situații care presupun să fim observați de alții, ca atunci când purtăm o conversație sau ținem un discurs public. Un diagnostic de tulburare de panică presupune atacuri de panică recurente și frica de a avea alte atacuri similare în viitor. Denumirea acestei tulburări își datorează și ea originea tot Greciei antice, în acest caz, zeului mitic grec Pan, a cărui distracție principală era să-i sperie pe călătorii care treceau prin pădure, mai ales noaptea.

Se pare că Pan își făcea foarte bine treaba. Atacurile de panică sunt experiențe înspăimântătoare, care presupun apariția bruscă a unei frici intense, însoțite de simptome somatice, printre care: rata accelerată a bătăilor inimii, durere în piept, respirații dificile și tremor, precum și simptome mentale, precum frica de a nu pierde

controlul, de a nu înnebuni sau muri. Persoanele diagnosticate cu agorafobie devin anxioase și evită situațiile din care li se pare că nu există scăpare, care le produc rușine sau în care ajutorul nu ar fi disponibil în cazul în care ar avea simptome de panică. Astfel de exemple sunt locurile aglomerate, cinematografele sau faptul de a rămâne singur și departe de casă. Tulburarea de anxietate generalizată se caracterizează printr-o îngrijorare excesivă și pervazivă, de obicei în anumite arii ale vieții, precum munca, școala, relațiile de iubire și siguranța proprie și a celor apropiați.

Unele tulburări anxioase apar în alte secțiuni ale *DSM*. Printre ele se numără tulburarea de stres posttraumatic, tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea de teaurizare compulsivă (colecționarismul). Pentru a primi un diagnostic de tulburare de stres posttraumatic, o persoană trebuie să fie expusă la o traumă, cum ar fi moartea cuiva sau amenințarea cu moartea, rănirea gravă sau abuzul sexual. Expunerea la traumă poate fi directă, ca în cazul victimelor torturii, sau indirectă, așa cum se întâmplă în situațiile în care persoana este martora unui accident fatal de mașină. Simptomele frecvente includ amintiri, flashbackuri sau vise tulburătoare și intruzive legate de traumă, dar și suferință la expunerea la stimuli asociați cu trauma (de exemplu, prezentarea în media a unor evenimente similare), tulburări de somn, incapacitatea de a trăi emoții pozitive,

iritabilitate și furie. Recent, cercetătorii au descoperit că această tulburare este chiar mai prevalentă decât se credea anterior, cu rate de incidență de cel puțin 7%.

Un diagnostic de tulburare obsesiv-compulsivă (TOC) necesită fie prezența obsesiilor — care sunt gânduri persistente și intruzive, dorințe intense ori imagini reamintite care cauzează anxietate —, fie prezența compulsiilor, adică a încercărilor dezadaptative de reducere a anxietății. În cele mai multe cazuri sunt prezente atât obsesiile, cât și compulsiile. Un exemplu comun de tulburare obsesiv-compulsivă este spălatul mâinilor excesiv și frecvent, pentru a reduce anxietatea cauzată de obsesiile legate de murdărie și contaminare. În unele cazuri, persoanele afectate de această tulburare își spală mâinile atât de mult, încât își îndepărtează câteva rânduri de piele. Un portret deosebit de fidel al unei persoane cu tulburare obsesiv-compulsivă este personajul lui Jack Nicholson din filmul *As Good as It Gets* (Mai bine nu se poate) din 1997. Persoanele cu tulburare de tezaurizare compulsivă suferă de o teamă excesivă la gândul despărțirii de posesiunile lor, indiferent de valoarea sau utilitatea acestora. Ei le păstrează în încercarea de a-și reduce anxietatea. Unii adună atât de multe lucruri, încât ajung să nu se mai poată mișca prin locuințele lor. Un film din 2004, *The Aviator* (Aviatorul), l-a portretizat pe Howard

Hughes, unul dintre cei mai bogați oameni din lume, care dezvoltase o tulburare severă de tezaurizare.

Există mai multe tratamente folosite pentru tratarea anxietății. Totuși, cel care s-a dovedit a fi cel mai de succes utilizează o serie de tehnici preluate din terapiile cognitiv-comportamentale și, într-o anumită măsură, din psihoterapia de orientare psihanalitică.

Dar mai sunt folosite și alte tehnici. Acestea includ medicația antianxietate, remedii pe bază de plante, o formă de meditație denumită mindfulness și un tratament recent dezvoltat, cunoscut cu denumirea de „desensibilizare și reprocesare prin mișcarea ochilor” (EMDR)<sup>\*\*</sup>. În esență, terapeutul le cere clienților să se gândească la amintiri ale unor evenimente care le-au produs anxietate, în timp ce urmăresc, cu ochii, mișcările înainte și înapoi ale degetului terapeutului. Există numeroase întrebări privind natura și tratamentul tulburărilor anxioase. În această secțiune, vom examina câteva dintre ele, respectiv:

- Atacurile de panică apar din senin?
- Cei mai mulți oameni care trec prin traume dezvoltă apoi obligatoriu tulburări de stres posttraumatic?

- Traumele care implică amenințări ale integrității fizice provoacă obligatoriu o tulburare de stres posttraumatic?
- În *DSM-5*, tezurizarea apare ca simptom al tulburării obsesiv-compulsive?
- Există efecte adverse ale utilizării medicamentelor anxiolitice?
- Cât de eficiente sunt remediile pe bază de plante, meditația mindfulness și EMDR-ul în tratarea tulburărilor legate de anxietate?

---

<sup>\*\*</sup> — Acronim pentru denumirea în limba engleză: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. (N.t.)

# 1

## De ce ne panicăm?

„Conduceam spre casă, venind de la serviciu“, povestește David. „Atmosfera era foarte stresantă la muncă în ultima vreme. Eram tensionat, dar abia așteptam să ajung acasă, să mă relaxez. Și atunci, dintr-odată — bum! Inima a început să mi-o ia la goană și simțeam că nu mai pot să respir. Transpiram și tremuram. Gândurile mi se învâртеau, mi-era frică să nu înnebunesc sau să nu fac infarct. Am tras pe dreapta și am sunat-o pe soția mea să mă ducă la urgență“.

Frica lui David s-a dovedit a nu fi justificată. Medicul de la camera de gardă i-a spus lui David — un personaj compozit, bazat pe mai mulți pacienți care au făcut terapie cu Hal Arkowitz — că suferise un atac de panică.

Ultima ediție a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale (DSM-5)* definește atacul de panică drept „apariția



abruptă a unei frici sau a unui disconfort semnificativ, care atinge un maxim în decurs de câteva minute<sup>\*\*\*</sup>. În plus, trebuie să fie prezente patru simptome dintr-un tablou de treisprezece. Câteva dintre aceste simptome sunt: tremor sau convulsii, senzația de respirație dificilă sau senzație sufocantă de durere sau disconfort abdominale, sentimente de irealitate sau detașare de sine (depersonalizare) și frica de a muri, de a pierde controlul sau de a „înnebuni“. Cele mai multe atacuri apar fără vreo provocare evidentă, ceea ce le face și mai terifiante. Între 8% și 10% din populație are ocazional experiența unui atac de panică, însă doar 5% dezvoltă tulburarea de panică. Aceste episoade, contrar concepției eronate răspândite, nu sunt doar niște accese de anxietate, așa cum avem majoritatea dintre noi din când în când. În mod tipic, pacienții care au un atac de panică îl descriu ca pe cel mai înspăimântător eveniment prin care au trecut vreodată.

Cercetările au oferit explicații importante cu privire la cauzele primului atac de panică din viața unei persoane — de aici putem obține indicii care pot ajuta la evitarea, din start, a unui astfel de atac. Atunci când stresul se acumulează până la un nivel critic, chiar și o cantitate mică de stres suplimentar poate să declanșeze panica. În consecință, persoana poate avea impresia că evenimentul a apărut ca din senin.

Unii oameni au o predispoziție genetică de a se panica, așa cum au arătat într-un articol de sinteză psihologa Regina A. Shih, pe atunci la Johns Hopkins University, și colegii săi. Tulburarea se transmite în familie și, dacă un geamăn identic are tulburare de panică, șansele ca și celălalt să sufere de același lucru sunt de două până la trei ori mai mari decât pentru gemenii neidentici, care sunt mai puțin asemănători la nivel genetic. Deși aceste descoperiri nu elimină factorii de mediu, ele sugerează cu fermitate existența unei componente genetice.

Tulburarea de panică impune constrângeri severe, scăzând calitatea vieții pacienților. Aceștia pot fi cuprinși de o îngrijorare persistentă legată de posibilitatea unor noi atacuri. Agorafobia este frica de situații specifice din care persoana simte că i-ar fi greu să mai iasă sau unde ajutorul ar putea să nu fie disponibil atunci când apar simptome de tipul panicii sau alte manifestări anxioase. Situațiile temute includ transportul public, locurile închise și faptul de a rămâne singur în afara casei. În cazurile cele mai grave, suferinzii pot chiar să nu mai poată ieși deloc din casă.

## De la anxietatea normală la frica paralizantă

Care sunt rădăcinile acestor atacuri de panică atât de debilitante? Psihologul David H.

Barlow, de la Universitatea Boston, care a coordonat cercetări de pionierat în domeniul înțelegerii și tratării tulburării de panică și a afecțiunilor asociate, consideră că atacurile de panică apar atunci când este declanșată reacția normală de tipul „luptă-sau-fugi” (bătăi puternice al inimii și respirație accelerată) în fața unor amenințări iminente, percepute ca atare din cauza unor „alarme false”, în situații în care pericolul real este, de fapt, absent. (Dimpotrivă, aceeași reacție în fața unui pericol real este o „alarmare îndreptățită“.)

Atunci când ne alarmăm din motive false sau îndreptățite, tindem să asociem reacțiile biologice și psihice pe care le declanșează alarmarea noastră cu indicii prezente la momentul respectiv. Aceste asocieri devin niște „alarmări învățate”, care pot provoca ulterior noi atacuri de panică.

O alarmare învățată poate fi declanșată atât de situații externe, cât și de indicii corporale interne ale excitației fiziologice (cum ar fi rata crescută a bătăilor inimii). De exemplu, unele persoane au atacuri de panică atunci când fac sport, deoarece excitația fiziologică le produce senzații corporale similare cu cele din atacul de panică.

De ce unii oameni experimentează doar atacuri izolate, iar alții dezvoltă o tulburare propriu-zisă de panică? Barlow a realizat o sinteză a propriilor cercetări și ale altora, dezvoltând o teorie integrată a tulburărilor

anxioase. El afirmă că, pentru a dezvolta tulburarea de panică, sunt necesare anumite predispoziții:

- *o vulnerabilitate biologică generalizată* la anxietate, care duce la reacții exagerate față de evenimentele vieții de zi cu zi;
- *o vulnerabilitate psihologică generalizată* la a dezvolta anxietate, cauzată de ideea învățată în copilăria timpurie (din cauza, de pildă, a supraprotecției din partea părinților), potrivit căreia lumea este un loc periculos, iar că stresul este copleșitor și nu poate fi controlat;
- *o vulnerabilitate psihologică specifică* învățată în copilărie, pornind de la ideea că unele situații sau obiecte sunt periculoase, chiar dacă, în realitate, nu sunt.

Tulburarea de panică se dezvoltă atunci când o persoană care prezintă aceste vulnerabilități are parte de un stres prelungit și de un atac de panică. Primul atac activează vulnerabilitățile psihologice, creând o hipersensibilitate la indiciile externe și interne asociate cu atacul. În consecință, chiar și unele medicamente, care conțin stimulanti slabi, pot provoca apoi un atac.

Totuși, sunt și vești bune. Două descoperiri, în particular, oferă speranță celor cu tulburare

de panică. Prima veste este aceea că toate atacurile de panică sunt declanșate de evenimente cunoscute, chiar dacă suferindul este inconștient de ele. Faptul că persoana cunoaște acele evenimente poate să reducă anxietatea asociată cu sentimentul de impredictibilitate. A doua veste bună, liniștitoare, este că persoana poate să învețe că atacul de panică este rezultatul unei declanșări nejustificate a reacției de tipul „luptă-sau-fugi“, reacție stârnită în absența unui pericol real.

Principalele concluzii ale studiilor realizate nu doar că ne ajută să înțelegem tulburarea de panică, dar au condus și la tratamente eficiente. Îndeosebi Barlow și asociații săi au dezvoltat un tratament pentru controlul panicii, descris în cartea lor din 2006, *Mastery of Your Anxiety and Panic* [Controlul anxietății și al panicii tale]. Acest tratament constă în educația cu privire la tulburarea de panică și într-o expunere graduală, de mică intensitate, la indiciile interne și externe care declanșează atacurile de panică, alături de corectarea interpretărilor catastrofale ale indiciilor corporale, astfel încât acestea să nu mai declanșeze atacuri. Acest tratament a devenit, pe termen lung, mai des folosit decât terapiile farmacologice pentru tulburarea de panică.

### **Lecturi recomandate**

Barlow, D.H. (2002), *Anxiety and its disorders* (ed. a 2-a), New York: Guilford Press.

Barlow, D.H., & Craske, M.G. (2006), *Mastery of your anxiety and panic: Workbook (treatments that work)* (ed. a 4-a), Oxford: Oxford University Press.

Craske, M.G., & Barlow, D.H. (2014), „Panic disorder and agoraphobia“, în D.H. Barlow (coord.), *Clinical handbook of psychological disorders* (ed. a 5-a) (pp. 1–61), New York: Guilford Press.

---

\*\*\* American Psychiatric Association, *DSM-5. Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, ed. a 5-a, București: Editura Medicală Callisto, 2016, p. 214. (N.t.)



# 2

## **Tulburarea de stres posttraumatic presupune în mod obligatoriu o traumă?**

Stresul face parte în mod inevitabil din viața noastră. Totuși, de obicei, găsim modalități de a face față frecușurilor cotidiene de tipul nemulțumirilor nesfârșite ale unui șef răuvoitor sau notificărilor de la Serviciul de Taxe și Impozite. În cazuri rare însă, unele evenimente îngrozitoare ne pot copleși capacitatea de a face față, paralizându-ne psihic. În astfel de cazuri, există riscul să dezvoltăm o tulburare de stres posttraumatic (TSPT).

Tulburarea de stres posttraumatic este o tulburare de anxietate marcată de flashbackuri (retrairi vii, involuntare și intruzive ale momentelor traumatiche — *n.red.*), coșmaruri și alte simptome care ne afectează funcționarea

zilnică. Tulburarea este larg răspândită. Cel puțin în Statele Unite se consideră că afectează circa 8% dintre indivizi la un moment dat pe parcursul vieții.

Deși TSPT este una dintre cele mai bine cunoscute tulburări psihice, este și una dintre cele mai controversate. Durerea psihică intensă, agonia chiar, experimentată de cei care suferă de această tulburare, este în mod incontestabil una reală. Totuși, condițiile în care apare TSPT — în particular, locul central ocupat de traumă ca declanșator — sunt tot mai des puse sub semnul întrebării. Specialiștii în sănătatea mentală considerau în mod tradițional tulburarea de stres posttraumatic ca fiind o reacție tipică, omniprezentă chiar, la traumă. De asemenea, vedeau această tulburare ca pe o formă distinctă de alte tipuri de anxietate generate de vicisitudinile vieții. Totuși, date recente pun la îndoială ambele ipoteze.



## „Șocul de obuze“

Tulburarea de stres posttraumatic nu a fost formal inclusă în biblia de diagnostic psihiatric, *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale (DSM)*, până în 1980. Totuși, descrieri ale unor sindroame care seamănă cu tulburarea de stres posttraumatic datează încă din antichitatea sumeriană și greacă — inclusiv în *Iliada* lui Homer apare o mențiune. După Războiul Civil American, veteranii au suferit de „inima soldatului“ (care mai apoi s-a numit „nevroză cardiacă“ — *n.red.*); în Primul Război Mondial, li s-a spus că suferă de „șocul de obuze“, iar în Al Doilea Război Mondial, termenul folosit a fost „epuizarea de război“. În anii 1970, unii soldați americani care s-au întors din Războiul din Asia de Sud-Est au primit diagnostice informale botezate „sindromul post-Vietnam“, care avea, și el, o asemănare izbitoare cu descrierea din DSM a tulburării de stres posttraumatic.

Conform *DSM-5*, tulburarea de stres posttraumatic apare în urma unei „traume“ — definită ca un eveniment extrem de înspăimântător, în care o persoană trăiește sau este martoră la evenimente de tipul următor: moartea cuiva, o rănire gravă sau o violență sexuală. (Experiențele mai puțin violente,

precum problemele grave la nivel relațional sau cele financiare, nu sunt considerate traume.) Cei mai frecvenți factori declanșatori ai tulburării de stres posttraumatic includ, astfel, luptele din timpul războiului, violul, crima, accidente de mașină, incendiile și dezastrelor naturale, cum ar fi tornadele, inundațiile și cutremurele.

TSPT este acum descrisă oficial prin patru seturi de simptome. Acestea includ reținerea evenimentului prin reamintiri și vise intruzive; reprimarea sentimentelor neplăcute prin evitarea amintirilor legate de traumă; gânduri și dispoziții negative, inclusiv autoînvinovățirea pentru evenimentul traumatic și distanțarea emoțională față de alți oameni; și hiperexcitabilitatea, care îi face pe cei afectați să se sperie ușor, să doarmă prost și să fie în stare de alertă față de orice potențiale amenințări. Aceste probleme trebuie să dureze cel puțin o lună sau mai mult pentru ca persoana să primească diagnosticul de TSPT.

## Imuni la traumă?

După atacurile teroriste de la 11 septembrie 2001, mulți experți în sănătatea mentală au prezis cu convingere o epidemie de tulburări de stres posttraumatic, în special în zonele cel mai grav afectate: New York City și Washington, DC. Starea reală a lucrurilor a fost însă mult mai nuanțată. Desigur, mulți americani au experimentat cel puțin unele

simptome posttraumatice ulterior atacurilor, dar cei mai mulți dintre cei afectați s-au recuperat rapid. Într-un studiu din 2002, psihologa Roxane Cohen Silver, de la Universitatea din California, Irvine, și colegii săi au arătat că aproximativ 12% dintre americani au suferit de stres posttraumatic semnificativ timp de nouă, până la douăzeci și trei de zile după atacuri. La șase luni mai târziu, numărul scăzuse la circa 6%, sugerând că deseori timpul vindecă rănille psihice.

Lucrarea epidemiologului Sandro Galea, de la Academia de Medicină din New York, și a colegilor săi, publicată tot în 2002, a dezvăluit că după 5–8 săptămâni de la 11 septembrie, 7,5% dintre newyorkezi îndeplineau criteriile de diagnostic pentru tulburare de stres posttraumatic; dintre cei care locuiau la sud de Canal Street — adică, aproape de World Trade Center —, ratele erau de 20%. Concordante cu alte date, aceste constatări sugerează că proximitatea fizică este adesea un predictor puternic al reacției la stres. Totuși, ele indică și faptul că doar o mică parte dintre oameni dezvoltă o patologie posttraumatică semnificativă după expunerea la factori stresanți devastatori. Într-adevăr, tabloul general de după atacurile de la 11 septembrie este unul al rezilienței psihice, și nu al căderii psihice.

La un nivel mai larg, cercetările sintetizate de psihologul George A. Bonanno de la Universitatea Columbia și de colegii săi, în

2011, sugerează că doar circa 5–10% dintre oameni dezvoltă în mod tipic tulburări de stres posttraumatic după ce trec prin evenimente de viață traumatică. Și, cu toate că ratele cresc atunci când factorii de stres sunt severi sau prelungiți, cu greu trec vreodată de 30%. Excepții rare pot apărea în cazul traumelor repetate. Într-un alt studiu din 2011, psihologul Stevan Hobfoll, de la Rush Medical College, și colegii săi au raportat că, dintr-un număr de 763 de palestinieni care trăiesc în zone unde violența politică este la ordinea zilei, mai mult de 70% prezentau simptome moderate de tulburare de stres posttraumatic și circa 26% aveau simptome grave de TSPT.

Constatarea că TSPT nu este o sechelă inevitabilă în urma traumei i-a încurajat pe cercetători să urmărească factorii care prezic o relativă imunitate la această tulburare. Mai multe studii arată că nivelul ridicat de venituri și de educație, legăturile sociale strânse și genul masculin tind să confere o reziliență crescută, deși acești factori de predicție sunt departe de a fi perfecți. Oamenii care de obicei trăiesc foarte puțină anxietate, vinovăție, furie, alienare și alte emoții neplăcute — adică, cei care au o „emotivitate negativă” scăzută — sunt și mai puțin înclinați să sufere de tulburare de stres posttraumatic ca urmare a unei traume. Astfel, în moduri pe care cercetătorii încă nu le înțeleg, anumite caracteristici individuale se combină cu trauma pentru a produce această boală.



## Declanșatori afectivi

Nu doar că trauma este insuficientă pentru a declanșa TSPT, dar nici nu este necesară. Cu toate că, prin definiție, clinicienii nu pot diagnostica tulburarea de stres posttraumatic în absența unei traume, studii recente sugerează că tiparul simptomatic al TSPT poate apărea și ca urmare a expunerii la factori de stres care nu implică periclitarea integrității corporale. În 2008, psihologul Gerald M. Rosen, de la Universitatea Washington, și unul dintre autorii acestui volum (Scott Lilienfeld) au trecut în revistă datele care demonstau că unele simptome semnificative ale TSPT *pot* apărea în urma unor perturbări emoționale cauzate de divorț, de dificultăți semnificative la locul de muncă sau de pierderea unui prieten apropiat. Într-un studiu din anul 2005, realizat pe 454 de studenți, psihologa Sari Gold, de la Universitatea Temple, și colegii ei au pus în evidență faptul că studenții care experimentaseră factori de stres nontraumatici, precum boala gravă a unei persoane iubite, divorțul părinților, probleme relaționale sau încarcerarea unei persoane apropiate, raportau rate ale simptomelor de TSPT chiar mai mari decât studenții care trecuseră prin traume propriu-zise. Luate laolaltă, aceste constatări pun sub semnul

întrebării credința foarte veche că aceste simptome ar avea legătură doar cu o amenințare la adresa integrității fizice.

În lumina acestor informații și a altor date, unii autori au sugerat că diagnosticul de tulburare de stres posttraumatic trebuie extins pentru a include reacțiile de anxietate la evenimente care sunt stresante, dar nu sunt terifiante. Totuși, o asemenea modificare ar putea duce la ceea ce psihologul de la Universitatea Harvard, Richard J. McNally, numește „derivă a criteriilor de diagnostic” — extinderea granițelor diagnosticului dincolo de criteriile recunoscute.

Pe lângă această controversă și altele asemenea, rezultate recente deschid calea către posibilitatea ca tulburarea de stres posttraumatic să fie o afecțiune mai puțin distinctă decât s-a crezut inițial și ca simptomele ei să poată apărea ca reacție la o gamă largă de factori intenși de stres, care fac parte integrantă din condiția umană.

### **Lecturi recomandate**

Bonanno, G.A., Westphal, M. & Mancini, A.D. (2011), „Resilience to loss and potential trauma“, *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, p. 511–535.

Rosen, G.M. & Lilienfeld, S.O. (2008), „Post-traumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions“, *Clinical Psychology Review*, 28(5), pp. 837–868.

# 3

## Lucruri îngrămădite unele peste altele

### Problema tezaurizării compulsive

Lucruri depozitate și aglomerate, mormane de lucruri peste tot. Multora dintre noi ne place să cumpărăm și să păstrăm lucruri, chiar și atunci când acele obiectele nu ne mai sunt utile. Aproximativ 70% dintre copii au colecții de obiecte favorite, precum monede, păpuși sau cartonașe cu jucători de fotbal. Mulți adulți fac și ei la fel. Adesea oamenii își consideră posesiile ca pe niște extensii ale lor și se atașează de ele cu tărie.

Totuși, în rare cazuri, obiceiul de a aduna și păstra lucruri ajunge la extreme nesănătoase, culminând cu tulburarea de tezaurizare compulsivă, o boală care este încă puțin înțeleasă. Mulți oameni obișnuiți cred că cei care suferă de tulburarea de tezaurizare în

formă clinică sunt doar prea leneși să arunce gunoaiele sau că le place să trăiască așa, printre ele. Niciuna dintre aceste presupuneri nu pare să fie adevărată. Mai mult, majoritatea specialiștilor consideră de ceva vreme că tezaurizarea exagerată este o variantă a tulburării obsesiv-compulsive (TOC), chiar dacă cele mai recente cercetări sugerează că n-ar fi așa. Dimpotrivă, boala pare să fie o versiune exagerată a unei tendințe, care la bază este adaptativă, de a acumula lucruri care au importanță pentru persoana respectivă.

## O patologie distinctă

Romanul din 1842 al lui Nikolai Gogol, *Suflete moarte*, prezintă un personaj numit Pliușkin, un proprietar care păstra aproape tot ce găsea. Sigmund Freud considera tezaurizarea ca pe un simptom al unui tip de personalitate, pe care el l-a numit „caracter anal” și care se pare că apărea în urma aplicării unui antrenament foarte sever legat de învățarea mersului la toaletă. (Puțini psihologi din ziua de astăzi împărtășesc această viziune.) La începutul și spre jumătatea anilor 1990 totuși tezaurizarea compulsivă a început să fie tot mai des recunoscută ca o problemă clinică gravă. Criteriile de cercetare sistematică a tezaurizării patologice, introduse în 1993 de psihologul Randy O. Frost de la Smith College, au crescut conștientizarea cu privire la această maladie, la fel cum au făcut numeroase documentare

televizate și programe de tip reality show din SUA, precum *Hoarders* (Strângătorii), *Clean House* (Casă curată) și *Hoarding: Buried Alive* (Îngropat sub mormane de lucruri).

Până recent, cei mai mulți specialiști în sănătate mentală considerau tezaurizarea patologică drept un subtip al tulburării obsesiv-compulsive (TOC). Tezaurizarea era considerată o compulsie — o acțiune repetată, ritualizată, menită să amelioreze anxietatea, la fel ca verificarea repetată a gazului, pentru a ne asigura că n-am uitat aragazul deschis. Totuși, conform unui studiu din 2010 realizat de psihologul David Mataix-Cols de la King's College din Londra, 80% sau mai multe dintre persoanele care manifestă comportamente de tezaurizare extremă nu îndeplinesc criteriile pentru TOC. De exemplu, mulți nu au parte de obsesii — gânduri, imagini sau impulsuri recurente ori intruzive —, care sunt larg răspândite în tulburarea obsesiv-compulsivă. Mai mult, cei cu comportamente de tezaurizare excesivă tind să fie mai săraci, mai bătrâni și mai înclinați la tulburări de dispoziție și de anxietate decât cei cu TOC; de asemenea, spre deosebire de cei cu TOC, „strângătorii“ sunt mai puțin conștienți de faptul că suferă de o tulburare.

Recunoscând aceste diferențe, *DSM-5*, ediția a V-a *Manualului de diagnostic al Asociației Americane de Psihiatrie*, publicată în 2013, a inclus pentru prima dată tezaurizarea patologică drept o tulburare distinctă.

Conform acestei lucrări, „tulburarea de tezaurizare compulsivă” este caracterizată prin dificultăți extreme și de durată ale celui suferind de a se despărți de bunurile personale (de a le debarasa), chiar dacă acestea nu au o valoare reală. Persoanele afectate au impulsuri puternice de a-și păstra obiectele acumulate sau se supără foarte tare dacă acestea le sunt aruncate. Casa lor și locul lor de muncă sunt pline de atât de multe lucruri adunate, încât spațiul este inutilizabil, iar problemele cauzate de acest fapt le afectează grav funcționarea cotidiană sau le produc suferință. Înainte de a diagnostica o tulburare de tezaurizare compulsivă, clinicienii trebuie să elimine afecțiunile medicale care pot duce la tezaurizare. De exemplu, într-un studiu din 1998, psihiatrul Jen-Ping Hwang, de la Administrația pentru Veterani din Taipei, și colegii săi au constatat că 23% dintre pacienții cu demență prezintă comportamente de tezaurizare cu relevanță clinică.

Tulburarea de tezaurizare compulsivă pare a fi prezentă în rândul populației în proporție de 2 până la 5%, ceea ce o face mai prevalentă decât schizofrenia. Afectează bărbați și femei în număr aproximativ egal. Cel mai adesea oamenii adună cărți, reviste, ziare și haine; în unele cazuri, adună zeci de cămăși, pantaloni și rochii care nu au fost niciodată scoase din ambalaj.

Mai rar, indivizii stocheză animale. Într-un caz din 2010, autoritățile au găsit mai mult de

150 de pisici care trăiau într-o casă din Powell, Wyoming. „Colecționarii“ de animale tind să fie mai tulburați psihologic decât alți tezaurizatori și trăiesc în condiții mai mizere, conform unui articol din 2011, publicat de Frost și colegii săi.

## O problemă ce poate deveni fatală

Tezaurizarea poate fi o chestiune gravă, chiar ucigătoare. Dezordinea poate să ajungă la proporții atât de mari, încât spațiile de locuit devin practic de nelocuit, iar pacienții pot fi nevoiți să construiască tunele înguste sau „trecători“ pentru a ajunge dintr-o parte în alta a casei. Într-un studiu din 2008, psihologul David Tolin de la Institutul pentru Calitatea Vieții din Hartford, Connecticut, și colegii săi au relatat că 2% dintre cei afectați de tulburarea de tezaurizare compulsivă ajung să fie evacuați din cauza mizeriei. Într-o cercetare din 2009, studentul în psihologie Gregory Lucini și colegii săi de la Centrul de Proiecte al Institutului Politehnic Worcester din Melbourne, Australia, au arătat, într-o cercetare pentru licență, că tezaurizarea excesivă contribuie la 24% dintre decesele în urma incendiilor care ar putea fi prevenite. În alte cazuri, persoanele afectate au fost ucise prin sufocarea cauzată de lucrurile colecționate; în 2013, o femeie de 68 de ani din New Jersey a fost găsită moartă sub grămezi de gunoi putred, haine, genți și alte lucruri care îi aparțineau.



Nimeni nu știe sigur de ce acești suferinzi strâng mormane de lucruri. Un indiciu al bolii însă este faptul că adesea aceste persoane raportează un atașament emoțional puternic față de obiecte; unii le investesc cu calități umane, precum sentimente, recunoscând că acest lucru este irațional. În alte cazuri, persoanele tulburate insistă să păstreze obiecte vechi, precum haine, „în caz că vor mai avea nevoie de ele”. Tezaurizarea se moștenește în familie; într-un studiu din 1993, realizat de Frost și studenta în psihologie Rachel C. Gross, acum profesoară la American University, 85% dintre cei afectați patologic de tulburarea de tezaurizare compulsivă își descriu una sau mai multe rude de gradul întâi (părinți, copii, frați sau surori) ca pe niște „furnici strângătoare”; acest procent îl depășește în mod semnificativ pe cel înregistrat la persoanele care nu tezaurizează în exces. Într-un studiu din 2009, realizat pe mai mult de 5 000 de perechi de gemeni, psihologa Alessandra C. Iervolino, de la King's College Londra, și colaboratorii ei au constatat că acest tipar familial este influențat genetic; ei au estimat că transmiterea ereditară a tezaurizării compulsive se ridică la 50%.

Tezaurizarea excesivă poate avea origini evoluționiste. Comportamentul este prezent la mai multe specii, inclusiv la albine, corbi, rozătoare și maimuțe, așa cum au arătat într-un studiu de sinteză din 2013 psihologa Jennifer G. Andrews-McClymont, care este acum la Morehouse College, și colegii săi.

Această observație deschide calea către posibilitatea ca această afecțiune să reflecte un impuls selectat natural de a stoca resurse pentru perioadele de penurie.

## Ajutor pentru persoanele cu tulburare de tezaurizare compulsivă

Tulburarea de tezaurizare compulsivă este greu de tratat, dar unele tipuri de terapie cognitiv-comportamentală îi pot reduce severitatea, conform unui metastudiu din 2007, realizat de Tolin și colegii săi. Tratatamentul se concentrează pe modificarea credințelor iraționale cu privire la valoarea obiectelor și pe exersarea, sub îndrumare, a organizării și debarasării de lucruri. Această intervenție nu este un panaceu, dat fiind că mulți pacienți cu tulburare de tezaurizare compulsivă nu își fac „temele” primite de la terapeut, adică nu se ocupă de reorganizarea posesiunilor și de aruncarea lucrurilor inutile.

Opțiunile limitate de tratament pentru persoanele care suferă de tulburarea de tezaurizare compulsivă reflectă parțial înțelegerea relativ slabă a acestei afecțiuni grave. Prin recunoașterea formală a tulburării de tezaurizare compulsive în *DSM-5* însă cercetarea cauzelor acumulării patologice va tinde să se intensifice și, odată cu ea, și promisiunea unor terapii mai eficiente.

## Lecturi recomandate

Frost, R.O. & Steketee, G. (2010), *Stuff: Compulsive hoarding and the meaning of Things*, Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Mataix-Cols, D., Frost, R.O., Pertusa, A., Clark, L.A., Saxena, S., Leckman, J.F.... Wilhelm, S. (2010), „Hoarding disorder: A new diagnosis for *DSM-V*“?, *Depression and Anxiety*, 27(6), 556–572.

# 4

## **Tratamentul anxietății prin desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare (EMDR\*\*\*\*)**

### **O privire mai atentă**

Există peste 500 de variante de psihoterapie, altele noi apărând aproape lunar. Deși un număr mic dintre aceste tratamente neofite sunt testate în studii științifice, rămâne la aprecierea fiecăruia dacă celelalte chiar funcționează. În ultimii douăzeci de ani, unul dintre acești nou-veniți în cartierul terapiei s-a evidențiat prin atenția remarcabilă pe care a primit-o din partea mass-media, a practicienilor și clienților din domeniul sănătății mentale.

Acest tratament poartă o denumire lungă — „desensibilizare și procesare prin mișcările oculare” — și a făcut o mare impresie pe scena

psihoterapiei. Deloc surprinzător, cei mai mulți terapeuți se referă la această abordare prin formula simplă „EMDR” și așa vom face și noi.

La fel ca alte psihoterapii, EMDR este o invenție ce apare ca urmare a unei întâmplări fericite. Într-o zi, în 1987, Francine Shapiro, psiholog în California, cu un cabinet privat, a ieșit la plimbare prin pădure. Era preocupată de o mulțime de gânduri tulburătoare. Dar a descoperit că anxietatea ei se ușura atunci când își mișca ochii într-o parte și în alta, observând împrejurimile. Intrigată, Shapiro a încercat variante ale acestei proceduri cu clienții ei și a descoperit că și ei se simțeau mai bine. Așa s-a născut EMDR.

După un studiu inițial publicat în 1989, EMDR a devenit punctul de interes al unor zeci de cercetări și zeci de prezentări la conferințe de specialitate. Shapiro a dezvoltat inițial EMDR, pentru a-și ajuta clienții să depășească anxietatea asociată cu tulburarea de stres posttraumatic (TSPT), dar și alte tulburări de anxietate, precum fobiile. Cu toate acestea, terapeuții au extins de atunci acest tratament la o mulțime de alte afecțiuni, inclusiv depresie, disfuncții sexuale, schizofrenie, tulburări de alimentație și chiar stresul psihic produs de cancer.

Terapeuții EMDR le cer clienților lor să își reamintească stimulii care le provoacă anxietate — de exemplu, amintirea dureroasă a unui accident înspăimântător. În timp ce fac

acest lucru, clienții urmăresc cu ochii mișcările laterale ale degetului terapeutului, cam la fel ca un personaj dintr-un vechi film hollywoodian care urmărește legănatul ceasului de buzunar al unui hipnotizator. Susținătorii EMDR invocă o gamă amețitoare de explicații ale aparentei eficacități a mișcărilor laterale ale ochilor, printre care se disting: distragerea, relaxarea, sincronizarea celor două emisfere cerebrale și simularea mișcărilor ochilor din timpul somnului REM (în care ochii se mișcă rapid). Împreună cu terapeuții lor, clienții EMDR au învățat, de asemenea, să înlocuiască gândurile negative (de ex.: „N-o să primesc niciodată acest loc de muncă”) cu gânduri mai degrabă pozitive („Pot să obțin acest loc de muncă dacă mă străduiesc destul de mult”).

Puține tratamente psihologice au fost atât de larg laudate precum EMDR. Unii susținători ai EMDR au denumit metoda o „cură miraculoasă” și o „schimbare de paradigmă”, iar emisiunea 20/20 de la postul tv ABC a proclamat-o drept o „descoperire incitantă” în tratamentul anxietății. Peste optzeci de mii de clinicieni au urmat formarea profesională în EMDR, iar Asociația Internațională pentru EMDR (EMDRIA), un grup de specialiști în sănătatea mentală dedicat promovării acestei tehnici, se laudă cu peste patru mii de membri. Organizația estimează că această procedură a fost administrată unui număr de peste două milioane de clienți. Mai mult, în unele orașe

americane, psihoterapeuții își menționează cu mândrie certificările în EMDR în anunțurile lor de promovare. Dar oare funcționează?

## Dovezile

Răspunsul nu este chiar simplu. La fel ca în cazul tuturor psihoterapiilor, putem aborda chestiunea „funcționării” EMDR în câteva moduri diferite. Aici ne vom ocupa de trei variante importante ale acestei probleme:

*EMDR funcționează mai bine decât în cazul în care nu ai face nimic?* Da. Numeroase studii controlate arată că EMDR produce mai multe îmbunătățiri decât absența oricărui tratament, cel puțin în ceea ce privește ameliorarea simptomelor comune de tulburare de stres posttraumatic (TSPT), precum cele declanșate de violuri. Dovezile privind eficacitatea EMDR și în cazul altor tulburări anxioase sunt promițătoare, dar preliminare. Efectele EMDR în cazul anxietății sunt mai pregnante în cazul evaluărilor prin autoraportare; însă impactul metodei asupra valorilor fiziologice legate de anxietate (precum ritmul bătăilor inimii) este mai puțin clar.

*EMDR funcționează mai bine decât ascultarea suportivă?* Probabil. Deși dovezile științifice pe acest front sunt mai puțin extinse, cele mai multe studii arată că EMDR produce o mai bună ameliorare decât condițiile de control, în care terapeuții doar ascultă cu atenție problemele clientului, dar nu încearcă să

intervină direct. (De precizat că studiile arată că inclusiv ascultarea activă, în sine, poate produce efecte pozitive.) Astfel, efectele terapeutice ale EMDR probabil că nu pot fi atribuite în întregime consecințelor benefice ale interacțiunii cu un terapeut blând și empatic. Pare să se întâmple ceva în plus.

*EMDR funcționează mai bine decât terapiile standard comportamentale și cognitiv-comportamentale?* Nu. Cele mai multe terapii comportamentale și cognitiv-comportamentale pentru anxietate se bazează pe un principiu central al schimbării: expunerea. Adică aceste tratamente funcționează prin expunerea clienților în mod repetat la stimulii care le produc anxietate, fie că acest lucru are loc în imaginație („expunere imaginară”) sau în viața reală („expunere *in vivo*”). Atunci când expunerea la fiecare tip de stimul este suficient de îndelungată, anxietatea clienților se disipează în cadrul și de-a lungul ședințelor, producând o ameliorare.

Atunci când oamenii de știință au comparat EMDR cu expunerea imaginară, au constatat diferențe puține sau nule. Nu au putut stabili nici dacă EMDR funcționează mai rapid decât expunerea imaginară. Cei mai mulți cercetători au considerat că aceste descoperiri ar însemna că rezultatele EMDR derivă, de fapt, din expunere, pentru că acest tratament presupune, la fel ca în EMDR, ca pacienții să vizualizeze în mod repetat imaginile traumatiche.



În sfârșit, cercetătorii au descoperit prea puține dovezi care să arate că mișcarea ochilor din EMDR ar contribui cu ceva în plus la eficacitatea expunerii imaginare. Atunci când investigatorii au comparat EMDR cu „condiția ochilor ficși” — în care clienții își țin ochii fixați drept înainte —, în mod tipic nu au constatat nicio diferență între efectele celor două condiții experimentale. Deci, panoplia ipotezelor invocate pentru eficiența mișcărilor ochilor din EMDR pare să fie una de tipul „explicațiilor în căutarea unui fenomen”.

Astfel, trăgând linie: EMDR ameliorează simptomele anxietății traumatice mai bine decât atunci când nu se intervine în niciun fel și probabil mai bine decât conversațiile cu un ascultător suportiv. Totuși, nu există dovezi (sau sunt prea puține) că EMDR ar fi o metodă superioară tratamentelor bazate pe acele „expuneri” pe care terapeuții comportamentaliști și cognitiv-comportamentaliști le administrează de decenii bune. Parafrazându-l pe scriitorul și criticul britanic Samuel Johnson, psihologul Richard McNally de la Universitatea Harvard a sintetizat frumos adevărul despre EMDR: „Ceea ce are eficacitate în EMDR nu este nou, iar ceea ce este nou nu este eficace”.

## Lecturi recomandate

Davidson, P.R. & Parker, K.C.H. (2001), „Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305–316.

Deville, G.J. (2002), „Eye movement desensitization and reprocessing: A chronology of its development and scientific standing“, *Scientific Review of Mental Health Practice*, 1, 113–138.

Shapiro, F. (1995), *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*, New York: Guilford Press.

---

\*\*\*\*  
— Acronim pentru *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. (N.t.)

# 5

## Inconvenientele medicației anxiolitice

*Mama azi are nevoie de ceva s-o liniștească/  
Și chiar de nu-i tocmai bolnavă/O pastiluță  
galbenă caută-n grabă/Aleargă acum la al  
ei dulap, pentr-un mic fortifiant.\*\*\*\*\**

Așa cum ne reamintesc aceste versuri din 1966 din hitul formației Rolling Stones, „Mother’s Little Helper” (Micuțul fortifiant al mamei), Valiumul și alte sedative din clasa benzodiazepinelor fac parte de multă vreme din cultura populară. Dar cât de bine funcționează aceste medicamente și care sunt pericolele asociate?

La un anumit moment în viață, 25% dintre americani vor dezvolta o tulburare anxioasă, o tulburare de panică, o fobie, o tulburare obsesiv-compulsivă sau o tulburare de stres

posttraumatic. Mulți alți oameni vor experimenta probleme semnificative legate de anxietate și stres, care nu sunt suficient de severe pentru a susține un diagnostic formal. De aceea nu este surprinzător faptul că psihiatrii și psihologii caută tratamente eficiente pentru anxietate. Psihologii trebuie să caute în primul rând psihoterapii adecvate, iar psihiatrii, în primul rând o terapie farmacologică potrivită.

Principalul tip de psihoterapie care s-a dovedit de ajutor în tratamentul problemelor de anxietate este terapia cognitiv-comportamentală (TCC).

Denumire comercială	Denumire generică
Xanax	Alprazolam
Klonopin	Clonazepam
Valium	Diazepam
Ativan	Lorazepam

Tabelul 5.1 Benzodiazepine prescrise frecvent pentru anxietate

Această terapie presupune expunerea graduală la situațiile temute și implementarea unor metode cognitive de reducere a gândirii catastrofizante, care este atât de frecventă în anxietate. În mod tipic, această terapie obține efecte pozitive în aproximativ șaisprezece ședințe. Însă, atunci când problema de

anxietate este gravă sau când sunt prezente și alte probleme psihologice semnificative, terapia poate dura considerabil mai mult.

Două tipuri principale de medicamente sunt folosite pentru a trata anxietatea: inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI<sup>\*\*\*\*\*</sup>) și benzodiazepinele. SSRI-urile, care includ medicamentele Prozac, Zoloft și Lexapro, constituie cea mai răspândită terapie medicamentoasă pentru depresie și s-au dovedit de ajutor și pentru anxietate. În mod tipic, necesită între două și patru săptămâni înainte de a începe să-și facă efectul și trebuie luate zilnic. Dimpotrivă, benzodiazepinele funcționează îndată ce pacientul înghite pilula — în cele mai multe cazuri acestea produc sentimente de relaxare în circa zece până la treizeci de minute. Benzodiazepinele pot fi luate fie în mod regulat, fie doar la nevoie. Dat fiind modul lor de acțiune, nu este surprinzător faptul că se numără printre cele mai prescrise medicamente pentru anxietate (vezi Tabelul 5.1).

În ciuda acestor aspecte atrăgătoare, de utilizarea benzodiazepinelor sunt legate numeroase îngrijorări și controverse. Mai mult, numeroase persoane nu cunosc o seamă dintre posibilele efecte adverse legate de aceste medicamente.

## Efecte secundare și sevraj

În general, toate benzodiazepinele au cam același efecte calmante, dar ele diferă în ceea ce privește intensitatea acestor efecte (lucru care depinde și de dozaj) și durata în care substanța rămâne în sistem. Cei mai mulți dintre cei care iau benzodiazepine au parte de puține efecte secundare dacă le iau pentru perioade scurte sau doar la nevoie. Totuși, din cauză că tulburările de anxietate sunt de obicei cronice, tratamentul cu benzodiazepine este adesea de lungă durată, crescând riscul apariției efectelor secundare nedorite.

Efectele secundare care pot apărea odată cu utilizarea regulată și extinsă includ, în primul rând, dependența fizică și psihică, simptome de sevraj (mai ales atunci când medicația este oprită brusc), stare de alertă redusă, somnolență, oboseală fizică, tulburări ale coordonării fizice și pierderi de memorie. Atunci când benzodiazepinele sunt ingerate cu alcool, probabilitatea apariției acestor efecte secundare și intensitatea lor cresc foarte mult, deoarece și medicamentele, și alcoolul sunt depresori ai sistemului nervos central. În cazuri rare, rezultatele pot fi fatale.

Unul dintre cele mai comune simptome de sevraj este revenirea anxietății la același nivel sau chiar mai rău decât înainte. Studiile arată că între 50% și 70% dintre persoanele cu tulburare de panică recad atunci când opresc

administrarea de benzodiazepine. Alte posibile simptome de sevraj sunt: dureri și crampe abdominale, depresie, amețeli, letargie (inerție fizică și mentală), simptome asemănătoare gripei, palpitații, insomnie și iritabilitate. Oamenii care experimentează sevrajul revin adesea la medicația inițială, pentru a evita aceste simptome, ceea ce poate duce la un cerc vicios al dependenței.

## Opțiuni noi

Benzodiazepinele și medicamentele mai noi care înlesnesc somnul — de exemplu, Ambien și Lunesta — sunt, și ele, prescrise în mod obișnuit pentru persoanele care suferă de insomnie, simptom deseori asociat cu tulburările anxioase. Cu toate că ambele clase de medicamente pot cauza dependență, această problemă este mai puțin gravă în cazul somniferelor mai noi. Un studiu recent referitor la un nou tratament medicamentos pentru somn, bazat pe un medicament nonbenzodiazepinic, denumit Rozerem, a constatat posibilitatea ca acesta să nu prezinte potențial adictiv și nici dezechilibre motorii sau cognitive, cu toate că dependența psihică rămâne o posibilitate.

Studiile arată că o alternativă fiabilă la medicamentele pentru anxietate sau pentru insomnii de orice fel este terapia cognitiv-comportamentală, care s-a dovedit de mare ajutor pentru pacienți. Terapia

cognitiv-comportamentală (TCC) și benzodiazepinele sunt aproximativ la fel de eficiente pentru anxietate atunci când subiecții sunt comparați înainte și după tratament. După oprirea tratamentului însă, cei care s-au bazat pe benzodiazepine înregistrează procente de recădere mai mari. În general, dacă pacienții continuă să ia medicamentul, ei vor recădea la o rată mai mică, dar atunci apare riscul efectelor secundare, asociate cu administrarea regulată și pe termen lung. Dimpotrivă, aceste probleme nu există în cazul TCC. Mai mult, terapia medicamentoasă este considerabil mai costisitoare decât TCC, deoarece medicamentele trebuie să fie administrate continuu pentru ca efectele să persiste. Dimpotrivă, efectele TCC durează destul de mult după încheierea terapiei.

O combinație între terapia cognitiv-comportamentală și medicația anxiolitică este mai bună decât folosirea fiecăreia dintre ele separat? Studiile au constatat că tratamentele combinate (atunci când substanța este fie o benzodiazepină, fie un SSRI) nu au rezultate mai bune decât tratamentele aplicate separat și că subiecții cărora li s-a administrat medicație prezintă rate de recădere semnificativ mai ridicate atunci când este oprită administrarea medicamentelor.

Deci care este vestea proastă și care e cea bună? Mai întâi, vestea proastă. Benzodiazepinele funcționează numai atâta timp cât continui să le iei. Ele pot cauza



dependență psihologică și fiziologică, pot duce la simptome de sevraj grave și pot avea multe alte consecințe inddezirabile.

Acum vestea bună. Folosite doar la nevoie sau pe termen scurt, benzodiazepinele pot ușura problemele de anxietate, cu efecte secundare minime. Folosite în mod regulat, ele sunt eficiente în reducerea problemelor de anxietate, dar produc efecte secundare. Scăderea graduală a dozelor, în locul opririi bruște a administrării, poate minimiza problemele de sevraj.

Oricine caută tratament pentru o problemă de anxietate ar face bine să ia mai întâi în considerare terapia cognitiv-comportamentală. Acest tratament este mai eficient și mai ieftin decât terapia medicamentoasă și nu cauzează dependență, sevraj sau alte efecte secundare. O a doua opțiune de explorat înainte de a lua benzodiazepine sunt medicamentele bazate pe SSRI, care au mai puține probleme legate de dependență și sevraj. Ca o a treia opțiune, benzodiazepinele pot fi de ajutor atunci când sunt folosite sub monitorizarea strictă a unui psihiatru competent sau a altui medic specialist.

### **Lecturi recomandate**

Barlow, D. (coord.) (2001), *Clinical handbook of psychological disorders* (ed. a 3-a), New York: Guilford Press.

Montgomery, S.A. & Den-Boer, J.A. (coord.) (2001), *SSRIs in depression and anxiety*, New York, NY, John Wiley & Sons.

Offidani, E., Guidi, J., Tomba, E. & Fava, G.A. (2013), „Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis“, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 355–362.

---

\*\*\*\*\* În engleză, versurile hitului „Mother’s Little Helper“ sunt: *Mother needs something today to calm her down/And though she’s not really ill/There’s a little yellow pill/She goes running for the shelter of a mother’s little helper.* (N.t.)

\*\*\*\*\* Acronimul de la *Selective Serotonine Reuptake Inhibitors* (N.t.)

# 6

## **Mindfulnessul poate fi un leac bun pentru anxietate și depresie?**

Într-o ședință tipică de meditație de tip mindfulness, participanții stau așezați pe podea, cu ochii închiși, cu spatele drept și cu picioarele încrucișate, având corpul poziționat în așa fel încât să le faciliteze experiențele introspective. Timp de zece până la cincisprezece minute, ei își observă gândurile, ca și cum ar privi din afară înăuntru. Acordă o atenție specială respirației și atunci când mintea lor rătăcește către alte gânduri, își îndreaptă din nou atenția asupra respirației. În timpul exercițiului, mintea li se „golește” de gânduri și devin mai calmi și mai împăcați.

De multă vreme meditația este folosită pentru evoluția spirituală. Mai recent, în psihoterapie, cercetătorii și practicienii și-au arătat interesul față de un tip de meditație

budistă, concepută să faciliteze conștientizarea, starea de a fi prezent în acest moment, fără a judeca ce se întâmplă. Mindfulnessul s-a dovedit a fi promițător în tratarea unei game de tulburări, de la durere la psoriazis (vezi „Being in the Now“, de Amishi P. Jha, *Scientific American Mind*, martie/aprilie 2013). Dar atunci când vine vorba despre tratarea tulburărilor mentale diagnosticate, dovezile că mindfulnessul ar fi de ajutor sunt neconcludente, cele mai multe date indicând abilitatea acestei tehnici de a reduce depresia clinică și de a evita recăderile. În acest capitol, vom discuta despre aceste descoperiri și despre unele controverse cu privire la aplicațiile de tip mindfulness.

## Deschidere și acceptare

Oamenii au practicat meditația încă din negurile istoriei. Aceasta a evoluat în multe forme și este întâlnită practic în fiecare religie importantă. În 2004, psihologul Scott Bishop, aflat pe atunci la Universitatea din Toronto, și colegii săi au definit mindfulnessul ca fiind menținerea atenției asupra experiențelor din prezent și adoptarea unei atitudini față de ele caracterizată prin curiozitate, deschidere și acceptare.

Cercetătorii în domeniul psihoterapiei au dezvoltat și evaluat variante ale mindfulnessului în scopuri terapeutice. De exemplu, exercițiile de „reducere a stresului

prin mindfulness“ reduc, așa cum sugerează și denumirea lor, stresul psihic. Terapia cognitivă bazată pe mindfulness, pe de altă parte, integrează mindfulnessul cu metode concepute pentru modificarea gândurilor disfuncționale, gânduri ce conduc adesea la emoții și comportamente problematice.

Ca remediu pentru depresie și anxietate, meditația de tip mindfulness îi poate ajuta pe pacienți să renunțe la gândurile negative în loc să se concentreze obsesiv pe ele. Antrenamentul pentru trăirea deplină a prezentului, în locul permanentei retrairi a trecutului sau al contemplării viitorului, ajută la menținerea minții în afara unei bucle depresive sau anxioase.

Într-adevăr, există dovezi ale eficacității acestui exercițiu de meditație în ceea ce privește ameliorarea simptomelor de depresie și posibil de anxietate. Într-o metanaliză din 2010 (o revizuire cantitativă), psihologul Stefan Hofmann, de la Universitatea Boston, și colegii săi au examinat studii care au testat două forme de meditație mindfulness: ca remediu pentru tulburări de anxietate, respectiv depresie. Ei au constatat că ședințele de meditație duc la îmbunătățiri semnificative în ambele afecțiuni imediat după terapie, precum și la aproximativ trei luni după intervenție. Dat fiind numărul relativ mic de studii bine concepute de la acea vreme, autorii au fost precauți, în mod justificat, în concluziile lor.

Totuși, o metaanaliză din 2013 susține parțial evaluarea favorabilă din 2010. În acest studiu de sinteză, psihologul Bassam Khoury, pe atunci la Universitatea din Montreal, și colegii săi au constatat că ambele tipuri de terapii de tip mindfulness sunt eficace pentru tulburările de depresie și anxietate, deși nu mai mult decât terapia cognitivă folosită fără mindfulness.

În alte studii, mindfulnessul a obținut scoruri mai slabe în ceea ce privește efectul terapeutic pentru tulburările de anxietate. Într-o metaanaliză publicată în 2015, psihologa Clara Strauss, de la Universitatea din Sussex (Anglia), și asociații ei au constatat că tratamentele bazate pe mindfulness sunt eficace pentru depresie, dar nu și pentru tulburările de anxietate. Rezultatele pentru anxietate sunt diferite de la o cercetare la alta (și din motive variate), dar e posibil ca aceasta să fie din cauza diferențelor dintre populațiile de pacienți studiate. De exemplu, unele studii includ indivizi afectați de tulburări de anxietate care au și alte probleme importante de sănătate somatică, precum cancerul, în timp ce altele nu includ astfel de subiecți. Cât de bine funcționează mindfulnessul depinde într-o anumită măsură și de sursa anxietății pacientului.

## Prevenirea recăderii

Cel mai clar beneficiu mental al mindfulnessului ar putea fi micșorarea ratelor de recădere la o subclasă de indivizi cu depresie. Prevenirea recăderii este o provocare crucială pentru terapeuți, întrucât ratele de recădere în depresia clinică sunt extrem de înalte. Până la 60% dintre cei care au avut un episod depresiv vor avea unul sau mai multe episoade adiționale; cei care deja au avut o recădere vor avea, în proporție de 60–90%, și alte episoade similare; iar dintre cei care au trecut prin trei sau mai multe episoade depresive, 95% dintre ei vor avea recăderi.

Mindfulnessul pare să fie o metodă deosebit de potentă ca măsură de prevenție pentru pacienții care au recăzut în depresie de trei sau de mai multe ori. Într-un studiu avangardist asupra efectelor terapiei cognitive centrate pe mindfulness în cazul depresiei recurente, publicat în anul 2000, psihologul John Teasdale, pe atunci la Consiliul de Cercetare Medicală din Cambridge (Anglia), și colegii săi au comparat persoane care primeau tratamente obișnuite, precum ședințe cu medici de familie, cu psihiatri ori terapeuți, cu cei care aveau acces la terapia cognitivă centrată pe mindfulness. Subiecții au fost urmăriți timp de mai mult de un an. La cei care au experimentat trei sau mai multe episoade de depresie, terapia cu mindfulness a redus în mod

semnificativ ratele de recădere în comparație cu tratamentele uzuale. Dar nu apare nicio diferență între grupurile formate din persoanele care au avut două sau mai puține episoade depresive. Aceste rezultate surprinzătoare au fost confirmate în alte câteva studii.

Deși nimeni nu cunoaște cu precizie de ce beneficiile mindfulnessului ar fi mai mari decât pentru eșantionul de pacienți cu trei sau mai multe recăderi, am putea extrage câteva indicii dintr-un studiu pe aceeași tematică realizat în 2004 de Teasdale și psihologa S. Helen Ma, care lucra pe atunci tot la Consiliul de Cercetare Medicală din Cambridge. Cercetătorii au constatat că, pentru indivizii care au avut două sau mai puține episoade depresive, evenimentele de viață adverse, precum un deces în familie sau o despărțire, au fost stimuli frecvenți pentru recădere, dar că acest tip de evenimente externe a fost mai puțin frecvent asociat cu recăderi la subiecții care au avut căderi depresive de trei ori sau mai mult. Cercetătorii au formulat ipoteza că, în momentul în care o persoană are trei sau mai multe episoade depresive, evenimentul negativ semnificativ nu mai este necesar pentru recădere. În schimb, în mintea acestor persoane se formează o asocieră puternică între dispozițiile negative frecvente și gândurile depresive. Atunci când o persoană care s-a recuperat din depresie experimentează o dispoziție ușor negativă, acea dispoziție



poate activa gânduri precum „Iar mă ia!“, declanșând un episod depresiv în toată regula. În aceste cazuri, mindfulnessul poate ajuta la ruperea ciclului, prin încurajarea indivizilor să se lase mai puțin afectați de gândurile nefericite fugitive, astfel încât să nu mai ajungă la un nou episod de tulburare afectivă.

Prin astfel de mecanisme, terapia cognitivă centrată pe mindfulness, respectiv metoda reducerii stresului prin mindfulness se califică drept remedii pentru depresie și, posibil, pentru anxietate. Mai mult, terapia cognitivă bazată pe mindfulness oferă avantaje clare în prevenirea recăderii la pacienți care au avut mai mult de două episoade de depresie. (Capacitatea acesteia de a preveni recăderea pentru tulburările de anxietate nu este dovedită.) Nimeni nu înțelege clar cum sau în ce măsură tratamentele bazate pe mindfulness contribuie la vindecare în cazul acestor tulburări. Cu toate acestea, astfel de tehnici constituie o nouă și interesantă direcție în psihoterapie.

### **Lecturi recomandate**

Gu, J., Strauss, C., Bond, R. & Cavanagh, K. (2015), „How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies“, *Clinical Psychology Review*, 37, pp. 1–12.

Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A. & Oh, D. (2010), „The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), pp. 169–183.

Teasdale, J.D., Williams, J.M.G. & Kabat-Zinn, J. (2014), *The mindful way workbook: An 8-week program to free yourself from depression and emotional distress*, New York: Guilford Press

# 7

## **Pot plantele să ușureze anxietatea și depresia?**

Terapiile bazate pe plante medicinale sunt uimitor de populare în rândul publicului american. În 2008 statisticianul Patricia M. Barnes, de la Centrul Național pentru Statistică în Sănătate, și colegii săi au raportat că aproape 20% dintre copiii și adulții din Statele Unite au folosit o plantă medicinală în ultimul an. În 1998, o echipă condusă de medicul David M. Eisenberg, de la Harvard Medical School, a arătat că utilizarea plantelor medicinale pentru probleme somatice și mentale a crescut cu 380% între 1990 și 1997.

Entuziasmul nostru pentru medicina naturistă este fără îndoială alimentat de costul mare al medicamentelor prescrise cu rețetă, de faptul că acestea nu funcționează pentru toată lumea și de interesul în creștere pentru

remediile naturiste. Mai mult, mulți oameni presupun în mod eronat că substanțele naturale sunt în mod inerent mai sigure decât medicamentele de sinteză.

Utilizarea plantelor ca tratament datează cel puțin din anul 3000 î.Hr. Astăzi această practică face parte dintr-o mișcare mai largă, cunoscută sub denumirea de „medicină complementară și alternativă”. Mulți oameni apelează la astfel de tratamente — care includ și terapii precum acupunctura, aromaterapia și masajul — pentru problemele lor psihice. Într-un studiu din 2001, sociologul Ronald C. Kessler, de la Harvard Medical School, și asociații săi au constatat că mai mult de jumătate dintre oamenii cu atacuri de panică sau cu depresie severă apelasera în anul precedent la o formă de terapie alternativă, inclusiv fitoterapie, de obicei fără vreo supraveghere medicală de specialitate.

Cu toate acestea, nu există studii privind valoarea terapeutică sau efectele secundare pentru cele mai multe dintre plantele medicinale. Studiile realizate cu privire la două tratamente pe bază de plante — kava, pentru anxietate, și sunătoarea, pentru depresie — arată că unele substanțe derivate din plante îi pot ajuta pe cei cu probleme psihice, dar dovezile adunate până acum sunt neconcludente.

## Fii calm, relaxează-te

Locuitorii insulelor din Pacific folosesc de mult timp un extract din rădăcina de kava (*Piper methysticum*), plantă specifică acestor insule, pentru scopuri sociale, ceremoniale și medicinale, inclusiv pentru relaxare și reducerea anxietății. Introdus în Statele Unite în anii 1980, extractul de kava este cel mai des servit ca băutură, pe care americanii o pot degusta acum în oricare dintre numeroasele baruri kava. Barul Purple Lotus Kava din West Palm Beach, Florida, de exemplu, oferă „o alternativă populară la viața de noapte clasică plictisitoare, un loc unde să te oprești și să te relaxezi cu adevărat“.

Pentru tratamentul anxietății, în general oamenii cumpără extract de kava din farmacii și din magazinele de produse naturiste. Unele rezultate experimentale sugerează că această rădăcină are proprietăți anxiolitice. Într-un articol de sinteză publicat în 2010, medicul Max H. Pittler, de la filiala germană a organizației caritabile și de cercetare medicală Cochrane (de la Universitatea din Freiburg), și medicul Edzard Ernst, de la Peninsula Medical School din Exeter (Anglia), au analizat douăsprezece studii valid concepute care comparau kava cu un placebo, pentru tratamentul anxietății. Au constatat că, în ameliorarea anxietății generalizate, kava este mai eficientă decât substanța nonactivă, dar

diferența dintre cele două, la nivel de eficiență, era mică. Din nefericire, destul puține studii s-au calificat pentru a fi incluse în acea revizuire, iar investigațiile analizate au prezentat diferențe în ceea ce privește dozele și rădăcinile de kava utilizate, durata tratamentului și severitatea anxietății pacienților.

În plus, deși această plantă este relativ sigură, nu ar trebui să fie folosită fără indicația medicului. Efectele ei secundare pot include deranjamente stomacale, neliniște, dureri de cap și oboseală. Rapoartele medicale arată că rădăcina de kava cauzează afecțiuni hepatice, ceea ce a condus în 2002 la avertismente venite din partea Administrației pentru Alimente și Medicamente din SUA, precum și la interzicerea kava în câteva țări. Cercetări ulterioare au liniștit aceste îngrijorări și interdicțiile au fost ridicate. Chiar și așa, nu putem elimina posibilitatea ca rădăcina de kava să cauzeze afecțiuni ale ficatului, deoarece, pentru câteva cazuri de probleme hepatice, nu există explicații alternative, care să indice alți factori cauzali.

Mai îngrijorătoare sunt interacțiunile dintre kava și alte medicamente. Kava poate intensifica starea de somnolență dacă este luată cu sedative, somnifere, antipsihotice sau alcool, crescând riscul de accidente în timpul unor activități precum conducerea autovehiculelor și controlul unor echipamente masive. De asemenea, poate crește efectele

sedative ale anticonvulsivelor și poate înrăutăți efectele secundare asociate cu medicația antipsihotică.

Oamenii de știință au studiat și alte remedii bazate pe plante și dedicate calmării anxietății. Câteva studii arată, de exemplu, că elixirul de lămâie și valeriana au efect calmant. Totuși, dovezile care susțin eficacitatea lor sunt și mai puține decât cele pentru kava. Iar pericolele potențiale asociate cu ele sunt la fel de neclare.

## Plante antidisperare

Sunătoarea (*Hypericum perforatum*), o plantă folosită de-a lungul istoriei pentru alungarea spiritelor rele, este planta medicinală cea mai răspândită contra depresiei. Într-un studiu de sinteză din 2009, medicul Klaus Linde, de la Universitatea Tehnică din München, și colegii săi au evaluat douăzeci și nouă de studii valide despre sunătoare, administrată ca pilulă pentru depresia majoră. În esență, studiile au sugerat că planta este mai eficace decât administrarea de placebo și că este la fel de eficace ca antidepresivele, precum Prozacul, dar că are mai puține efecte secundare.

Însă nu toate studiile pe care le-a analizat echipa lui Linde au evidențiat un avantaj al sunătoarei față de placebo. În plus, două cercetări la scară largă realizate în Statele Unite au oferit o susținere limitată a ideii că sunătoarea ar putea ameliora depresia. Unul dintre acestea, un studiu din 2011 condus de

psihiatrul Mark H. Rapaport, pe atunci la Spitalul Cedars-Sinai din Los Angeles, a indicat că planta nu este mai eficientă decât placebo pentru depresia slabă sau moderată. Astfel, această plantă medicinală ameliorează unele cazuri de depresie, dar dovezile sunt departe de a fi imbatabile.

Sunătoarea nu este lipsită de unele riscuri. Poate cauza deranjamente stomacale, urticarie, oboseală, neliniște, dureri de cap și confuzie. Mai gravă este posibilitatea, deși este una rară, ca aceasta să interfereze cu păstrarea sarcinii, să agraveze demența sau să declanșeze psihoza la persoanele vulnerabile. Și, la fel ca antidepresivele tradiționale, sunătoarea poate declanșa un episod maniacal la persoanele cu tulburare bipolară. Planta poate interacționa, de asemenea, în mod periculos cu alte substanțe. Dacă este luată cu anumite antidepresive, poate cauza creșteri ale neurotransmițătorului serotonină, amenințând chiar viața pacienților. De asemenea, poate reduce eficacitatea pilulelor anticoncepționale, a medicației cardiace și a tratamentelor pentru HIV, printre altele.

Și medicamentele aprobate pentru anxietate și depresie pot veni cu riscuri asociate, dar pe acestea se presupune că Administrația pentru Alimente și Medicamente le monitorizează și le face publice. Dimpotrivă, nicio agenție guvernamentală nu reglementează tratamentele bazate pe plante. Mai mult, faptul că medicii nu prescriu plante medicinale —



adesea nici măcar nu știu că pacienții le folosesc — crește riscul interacțiunii lor cu medicamentele. Mai mult, se cunosc relativ puține lucruri despre puritatea sau efectele pe termen lung ale remediilor naturiste sau cu privire la dozele optime pentru o anumită afecțiune.

În ciuda acestor îngrijorări, reclamele la remediile naturiste prezintă adesea promisiuni exagerate și nerealiste. Un anunț online pentru o pastilă anxiolitică, denumită Seredyn, care conține un amestec de plante în general netestate, susține că „peste 93% dintre utilizatorii de Seredyn cu anxietate ocazională și 85% dintre cei cu anxietate cronică raportează rezultate pozitive și că 80–83% dintre utilizatorii cu atacuri de panică și de anxietate spun că Seredynul ajută la prevenirea și oprirea atacurilor“. Astfel de testimoniale sunt în esență lipsite de sens, dacă nu sunt susținute de date verificabile.

Totuși, tratamentele naturiste mai sigure și mai eficiente pentru anxietate și depresie ar putea exista pe viitor. Poate că într-o zi oamenii de știință vor descoperi în natură o mare farmacie care să ne ofere noi remedii pentru un spectru larg de tulburări mentale.

### **Lecturi recomandate**

Sarris, J., McIntyre, E. & Camfield, C.A. (2013), „Plant-based medicines for anxiety

disorders, part 2: A review of clinical studies with supporting preclinical evidence“, *CNS Drugs*, 27, pp. 301–319.

Wallach, H. & Kirsch, I. (2015), „Herbal treatments and antidepressant medication: Similar data, divergent conclusions“, in S.O. Lilienfeld, S.J. Lohr, & J. Lohr (coord.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (ed. a 2-a) (pp. 364–388), New York: Guilford Press.

# Partea a II-a

**Tulburările de dispoziție**

# Introducere

*DSM-5* organizează tulburările asociate cu depresia în două categorii: tulburările depresive și tulburarea bipolară (denumită anterior tulburare maniaco-depresivă). Prevalența lor pe durata întregii vieți este de aproximativ 20% pentru cele dintâi și, respectiv, de aproximativ 1% pentru ultimele.

Există câteva tipuri de tulburări depresive, printre care și depresia majoră și depresia persistentă (distimia). Simptomele depresiei majore includ tristețea severă și pierderea interesului sau plăcerii legate de activitățile cotidiene, sentimente de lipsă de valoare, gânduri suicidare și tentative de suicid, fatigabilitate și probleme de atenție și concentrare. Acest tip de depresie este adesea autolimitat și intercalat cu perioade de dispoziție relativ normală, dar are o rată înaltă de recurență. Afecțiunea asociată, anume tulburarea depresivă persistentă, este în mod tipic mai blândă, dar tinde să se cronicizeze; poate persista chiar pe durata întregii vieți. Mulți oameni faimoși au suferit probabil de una sau de ambele dintre aceste condiții, inclusiv actorul Brad Pitt, cântăreața Lady Gaga, prim-ministrul britanic Winston

Churchill (care se referea la depresie ca la „câinele său negru“) și președintele Statelor Unite Abraham Lincoln.

Oamenii cu tulburare bipolară parcurg în mod tipic cicluri în care alternează perioadele de depresie cu cele de manie sau cu o formă mai puțin gravă, cunoscută ca hipomanie. Simptomele pot include sentimentul de grandiozitate, euforia, hiperactivitatea, nevoia scăzută de somn și comportamente impulsive, cum ar fi episoadele de cheltuieli exagerate. Mulți oameni faimoși probabil că au suferit de tulburare bipolară, inclusiv comediantul Robin Williams, actorul Jean-Claude Van Damme, pictorul Vincent van Gogh și compozitorul Ludwig van Beethoven.

În ciuda severității tulburărilor depresive și bipolare, aceste persoane faimoase și altele ca ele au reușit să funcționeze bine cu astfel de tulburări de dispoziție. Cu toate acestea, viața multor oameni care suferă de aceste tulburări este semnificativ afectată.

Câteva dintre întrebările despre tulburările depresivă și bipolară pe care le examinăm critic în această secțiune sunt:

- Este depresia cauzată de un dezechilibru chimic?
- Dacă îi vorbim pacientului despre sinucidere, va crește tendința sa către suicid?

- Cresc ratele de suicid în timpul vacanțelor de iarnă?
- Este depresia aproape întotdeauna cauza primară a sinuciderilor?
- Este adevărat că o persoană care a avut deja o tentativă de suicid va fi mai puțin tentată să se sinucidă?
- Este terapia electroconvulsivă, adesea denumită „terapia cu șocuri“, o procedură brutală, care mai mult dăunează decât face bine?
- Oamenii cu boli mentale grave, precum tulburarea bipolară, sunt oare mai creativi decât alții?
- Pierderea unei persoane iubite duce în mod inevitabil la suferință gravă și la depresie?

# 8

## Tulburările bipolare și creativitatea

### Adevăr psihologic sau legendă urbană?

Credința că nebunia și creativitatea sunt intim legate are o istorie îndelungată. Aristotel susținea că geniul nu apare niciodată fără o tentă de nebunie, iar poetul britanic din secolul al XVII-lea John Dryden scria că „marea înțelepciune și nebunia sunt sigur aliați apropiați, despărțiți de niște linii foarte fine”. Chiar și astăzi este larg răspândită percepția că boala mentală severă și creativitatea sunt strâns asociate. Viziunea geniului artistic chinuit își găsește expresia într-o mulțime de cărți și filme cu priză la public, așa cum este filmul din 2000 *Pollock*, o descriere biografică a talentatului și tulburatului pictor abstract american Jackson Pollock (în glumă poreclit „Jack the Dripper”<sup>\*\*\*\*\*</sup> pentru stilul său unic de a arunca vopseaua pe pânză).

Așa cum vom descoperi în continuare, cercetările arată că există cel puțin un sâmbure de adevăr în acest stereotip popular. În același timp, legătura dintre boala mentală și creativitate pare să fie, în mare, specifică pentru tulburarea bipolară (cândva denumită tulburare maniaco-depresivă) și bolilor îndeaproape asociate cu aceasta. Chiar și așa, această legătură, boală-creativitate, este mai complexă decât au presupus anterior oamenii de știință.

## Deasupra tuturor

Deși cercetări anterioare au sugerat că persoanele cu schizofrenie au înclinații către creativitate, cele mai multe dintre aceste studii nu au rezistat testului timpului. Mai recent, interesul s-a deplasat asupra indivizilor cu tulburare bipolară, care sunt înclinați către episoade maniacale (manie), ce alternează cu puseuri de depresie severă. În timpul maniei, oamenii experimentează creșteri dramatice de energie, stări intense de dispoziție pozitivă și de încredere în sine, care merg până la grandoare. În mod tipic, acești indivizi dorm foarte puțin, își asumă riscuri necaracteristice, sunt ușor de distras și raportează gânduri necontrolate. În aceste momente, devin adesea mai vorbăreți și mai activi decât de obicei, făcând în mod frecvent planuri mărețe și nerealistice, care rămân fără nicio urmare. Dat fiind că episoadele de manie sunt de obicei



marcate de explozii enorme de energie, fericire și gândire rapidă, nu este surprinzător faptul că unii cercetători au presupus că acestea sunt legate de o probabilitate crescută a performanțelor creative.

## Genii chinuite

Într-adevăr, un articol din 1987, publicat de psihiatra Nancy Andreasen de la Universitatea din Iowa, a arătat că 80% dintr-un eșantion de 30 de autori recrutați de la Atelierul Scriitorilor din Iowa (în comparație cu doar 30% dintr-un grup de control, un grup de persoane care nu erau scriitori) au suferit de tulburări de dispoziție la un moment dat în viața lor; ratele tulburării bipolare erau deosebit de crescute. În mod similar, într-o evaluare din 1989 a 47 de autori britanici care câștigaseră premii prestigioase, psihologa Kay Redfield Jamison, de la Universitatea Johns Hopkins, a raportat că 38% dintre subiecți aveau o istorie îndelungată de tratament pentru tulburări de dispoziție, cele mai frecvente fiind tulburarea bipolară și condițiile asociate acesteia.

Așa cum au observat Jamison și alții, legăturile cu tulburarea bipolară se extind dincolo de domeniul literaturii, la artă și muzică. Dintre marii compozitori, de exemplu, figuri precum Georg Friedrich Händel, Hector Berlioz, Piotr Ilici Ceaikovski și Gustav Mahler, au fost retrospectiv diagnosticate de unii experți ca fiind suferinde bipolare, deși astfel

de evaluări trebuie luate cu precauție, dat fiind că sunt bazate pe dovezi istorice indirecte. Un exemplu frapant este cel al compozitorului german din secolul al XIX-lea Robert Schumann, care a ținut jurnale detaliate și a scris numeroase scrisori care îi înfățișau schimbările de dispoziție. Pe baza acestor scrieri, mulți istorici psihologi și psihiatri au conchis că Schumann îndeplinea criteriile pentru tulburarea bipolară. Așa cum a demonstrat Jamison, se pare că productivitatea lui Schumann creștea atunci când experimenta episoade maniacale sau hipomaniacale (o manie ușoară); de exemplu, în 1850, a scris în manieră maniacală douăzeci și patru de compoziții remarcabile. Dimpotrivă, se pare că atunci când era depresiv clinic, productivitatea lui Schumann era la pământ; de exemplu, în 1840, în timpul unei depresii profunde, nu a scris nicio piesă muzicală.

Totuși, așa cum observa psihologa Judith Schlesinger de la Institutul pentru Cercetarea Învățării din San Bernardino, California, într-un articol din 2009, studiile lui Andreasen și Jamison prezentau probleme metodologice grave. Diagnosticale de tulburare bipolară puse în ambele investigații au fost decise chiar de Andreasen și Jamison, care se poate să fi fost subiectivi în evaluările lor; mai mult, studiul lui Jamison nu avea un grup de control, de persoane care nu creează. Însă cercetările ulterioare au abordat pe larg aceste critici. De exemplu, analizând un sondaj pe o populație

largă, realizat în 2010, economistul Carol Tremblay, de la Universitatea de Stat Oregon, și colegii săi au constatat că tulburarea bipolară este prezentă în mod disproporționat printre profesiile artistice și meșteșugărești, inclusiv la profesorii de literatură, pictură, muzică și scenografie.

## O legătură complexă

Cu toate că asocierea dintre tulburarea bipolară și creativitate este una suficient de solidă, altele sunt variabilele care determină această relație. Așa cum observau psihologii Greg Murray, de la Universitatea de Tehnologie Swinborne (Australia), și Sheri Johnson, de la Universitatea Berkeley din California, într-un studiu de sinteză din 2010, cele mai multe cercetări sugerează că legătura cu creativitatea este mai puternică în episoadele hipomaniacale decât în cele maniacale. Episoadele hipomaniacale se întâlnesc adesea în tulburarea ciclotimică, ce se caracterizează prin schimbări pronunțate de dispoziție, dar mai puțin extreme decât cele din manie sau din depresia clinică. Această cercetare a pus în evidență ipoteza neașteptată conform căreia, cu toate că o „doză” moderată de manie este de ajutor pentru creativitate, o doză extremă o poate înăbuși, probabil din cauză că afectează judecata și concentrarea. Așa cum au indicat Murray și Johnson, un alt neajuns este faptul că asocierea dintre tulburarea bipolară și

creativitate pare să fie limitată la creativitatea artistică, literară și muzicală mai degrabă decât la cea științifică. Poate pentru că realizările științifice extraordinare necesită o disciplină mentală strictă și concentrarea persistentă pe o singură problemă, ceea ce este în mare măsură incompatibil cu tendințele maniacale.

O altă întrebare este dacă mania corelează cu o calitate crescută a producției artistice și muzicale sau doar cu o cantitate superioară de material artistic. Poate că oamenii aflați în plin episod maniacal pur și simplu generează mai mult „conținut“, atât bun, cât și prost. O analiză din 1994 a compozițiilor lui Schumann, realizată de psihologul Robert Weisberg de la Universitatea Temple, aruncă o lumină asupra acestui aspect. Weisberg a măsurat calitatea lucrărilor lui Schumann, calculând de câte ori a fost înregistrată fiecare dintre ele de către diverși muzicieni. Weisberg a descoperit că episoadele maniacale și hipomaniacale ale lui Schumann erau asociate cu o cantitate compozițională crescută, dar nu și cu o calitate bună. Totuși, așa cum a observat psihologul Bruno Repp de la Universitatea Yale în comentariul său din 1995 pe marginea analizei lui Weisberg, popularitatea nu reflectă în mod necesar calitatea. Mai mult, deoarece Weisberg a examinat un singur compozitor, juriul încă mai deliberează cu privire la dilema calitate–cantitate.

## Mecanisme maniacale

Oamenii de știință nu știu de ce tendințele bipolare sunt asociate cu o creativitate crescută. Totuși, cercetătorii au descoperit unele indicii intrigante. Chiar și indivizii sănătoși cu înclinație către episoade maniacale tind să prezinte niveluri crescute ale unei trăsături de personalitate denumite „deschiderea către experiență”, care cuprinde curiozitatea intelectuală și voința de a încerca lucruri noi. Între episoade, indivizii cu tulburare bipolară au de obicei niveluri crescute de impulsivitate și emoții pozitive, care pot să-i propulseze către asumarea de riscuri creative în timpul exploziilor crescute de energie din hipomanie și manie. Mai mult, în timpul episoadelor maniacale, indivizii sunt capabili să perceapă conexiuni între evenimente aparent fără legătură, aceasta fiind o marcă a gândirii creative. Alți savanți susțin că depresia trăită de indivizii bipolari joacă și ea un rol.

Într-un studiu din 1988, psihiatrii Hagop Akiskal și Karen Akiskal, care lucrau pe atunci la Facultatea de Medicină de la Universitatea din Tennessee, au presupus că suferința psihică resimțită de indivizii depresivi le furnizează insighturi emoționale profunde, care se pot transforma în produse artistice în

timpul episoadelor hipomaniacale și maniacale. Cu toate acestea, lipsesc cercetările sistematice care să susțină această ipoteză.

În anii ce vin, cercetătorii vor ajunge aproape cu siguranță la o mai bună înțelegere a legăturii fascinante dintre tulburarea bipolară și creativitate. Atunci când vor reuși acest lucru, descoperirile lor vor arunca probabil o lumină nouă, nu doar asupra manifestărilor tulburării bipolare, dar și asupra originilor enigmatice ale geniului creativ.

### **Lecturi recomandate**

Murray, G. & Johnson, S.L. (2010), „The clinical significance of creativity in bipolar disorder“, *Clinical Psychology Review*, 30(6), 721–732.

Schlesinger, J. (2009), „Creative mythconceptions: A closer look at the evidence for the «mad genius» hypothesis“, *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 3(2), 62–72.

---

\*\*\*\*\*

Joc de cuvinte între *Jack the Dripper* (Jack Picurătorul) și porecla ucigașului legendar *Jack the Ripper* (Jack Spintecătorul), cu trimitere la mișcările cu care pictorul aruncă vopseaua pe pânză, asemănătoare celor pe care le-ar face un ucigaș care își spintecă victima. (N.t.)

# 9

## Doliu fără lacrimi?

Practic, toți trecem la un moment dat în viață prin experiența pierderii unei persoane iubite. De aceea este surprinzător faptul că studiul serios al doliului nu este mai vechi de treizeci de ani. Dar în acest răstimp am făcut descoperiri semnificative, care au adâncit înțelegerea acestui fenomen și ne-au pus la îndoială preconcepțiile la care aderăm mulți dintre noi.

În acest capitol, vom pune în discuție două idei preconceptuate eronate, dar frecvente, despre doliu. Prima este aceea că persoana aflată în doliu experimentează în mod inevitabil simptome intense de suferință și depresie. Cea de-a doua este ideea că, dacă cei care au experimentat moartea unei persoane iubite nu își „perlaborează” (procesează) sentimentele despre pierdere, cu siguranță vor experimenta reacții întârziate de doliu, în care



emoții puternice vor putea fi declanșate de evenimente care nu sunt legate de pierdere, chiar la mult timp după tristul eveniment.

Așa cum vom arăta, niciuna dintre aceste credințe nu rezistă prea bine scrutinului științific.

## Revenirea din doliu

Cei mai mulți oameni cred că moartea cuiva apropiat este aproape întotdeauna urmată de suferință și depresie, conform psihologelor Camille B. Wortman, de la Universitatea Stony Brook, și Kathrin Boerner, de la Facultatea de Medicină Mount Sinai. Simptomele de suferință includ dorul de cel decedat, sentimentul că viața și-a pierdut sensul, anxietatea legată de viitor și experiența șocului legat de pierderea suferită. Iar depresia ar presupune sentimente de tristețe și autocritică, gânduri suicidare, lipsă de energie și tulburări de apetit și de somn.

Pentru a examina acest mit, câteva grupuri de cercetători au urmărit timp de cinci ani mai multe persoane îndoliate, cele mai multe fiind văduvi și văduve. Rezultatele au arătat că între 26% și 65% dintre subiecți *nu* au simptome semnificative în primii ani după pierdere; doar între 9% și 41% au avut astfel de simptome. (Marja rezultă parțial din metodologiile diferite de măsurare a simptomelor.) Iar depresia unora se poate să fi fost cronică mai degrabă decât o reacție la moarte.

Psihologul George A. Bonanno, de la Universitatea Columbia, și colegii săi au examinat această posibilitate, precum și altele, într-un studiu prospectiv publicat în 2002. Ei au urmărit vreme de mai mulți ani aproximativ 1 500 de indivizi în vârstă, care erau căsătoriți. În această perioadă, 205 dintre subiecți și-au pierdut partenerul, eveniment după care cercetătorii au continuat să-i urmărească timp de 18 luni. În mod surprinzător, circa jumătate dintre soții îndoliați nu au trecut printr-o depresie semnificativă nici înainte, nici după pierderea suferită. Și nici nu au prezentat semne de suferință gravă, deși unii s-au simțit triști pentru un timp scurt. În proporție de 8% dintre participanți, aceștia erau deprimați *dinainte* de a-și pierde partenerul — și au rămas deprimați. Pentru circa 10% dintre ei — indivizi care au raportat că sunt foarte nefericiți în căsnicie —, moartea partenerului de viață le-a adus, de fapt, ușurarea depresiei preexistente.

Moartea soțului sau a soției a precipitat depresia la 27% dintre subiecți. Dintre aceștia, un procent important (circa 11% din total) a început să se simtă mai bine după 6 luni, acești subiecți devenind asimptomatici după 18 luni. Restul din acest subgrup nu a prezentat ameliorări, dar chiar și așa, mai mult de 70% dintre participanții la studiu nu au dezvoltat nici depresie, nici nu au devenit mai deprimați ca rezultat al morții partenerului. (Numărul mic de subiecți rămași s-a încadrat în alte

tipare, diferite.) Aceste rezultate spun o poveste clară, cel puțin în ceea ce îi privește pe partenerii de vârstă înaintată: cei mai mulți oameni sunt rezilienți și nu devin grav deprimați sau tulburați atunci când le moare cineva apropiat.

## Travaliul doliului

În cartea sa din 1980, *The Courage to Grieve* [Curajul de a face doliu], asistenta socială Judy Tatelbaum scria că după moartea unei persoane iubite „trebuie să experiențiem profund toate sentimentele trezite de pierderea suferită“, căci, dacă nu le resimțim, vor apărea „probleme și simptome de doliu eșuat“. Ideea că oamenii trebuie să-și perlaboreze doliul a fost propusă de Sigmund Freud și este încă atotprezentă. De obicei, include exprimarea sentimentelor legate de pierdere, trecerea în revistă a amintirilor legate de cel decedat și găsirea unui sens pentru acea pierdere. Conform acestei viziuni, cei care nu își explorează emoțiile vor suferi anumite consecințe mai târziu.

Cu toate acestea, travaliul doliului poate fi inutil pentru majoritatea oamenilor, respectiv pentru cei care nu sunt semnificativ perturbați după o pierdere. Să mai spunem că, atunci când cercetătorii au testat tehnicile obișnuite de procesare a doliului (tehnici de scriere sau de vorbire despre moarte), unii au evidențiat mici beneficii ale acestor proceduri, iar cei mai

mulți n-au găsit niciun beneficiu. În plus, lucrurile sunt încă neclare cu privire la consilierea în cazurile de doliu, în care specialiștii sau apropiații încearcă să faciliteze procesul de perlaborare (procesare). Rezultatele a două *review-uri* cantitative ale eficacității acestei terapii nu au constatat beneficii semnificative ale procesării doliului, iar o a treia metaanaliză a observat doar un efect pozitiv modest. Un avertisment: beneficiile pot fi ceva mai mari decât indică aceste studii, întrucât cei mai mulți dintre subiecți erau recrutați de cercetători, iar acești indivizi pot avea mai puțină nevoie de consiliere decât cei care caută, ei singuri, ajutorul unui specialist în sănătate mentală.

În sfârșit, două echipe de cercetători au urmărit persoane îndoliate, inclusiv văduvi, copii adulți și părinți, până la cinci ani după pierderea suferită și au găsit puține dovezi (sau chiar nicio dovadă) ale unei reacții de doliu întârziat. Acolo unde sunt descoperite astfel de reacții, ele apar doar la un foarte mic procent de persoane îndoliate. Astfel, riscul general al retrăirii unui potop de emoții negative pare să fie minim.

Dat fiind că cei mai mulți oameni care au avut parte de moartea unei persoane iubite arată puține semne de tulburare sau depresie, mulți indivizi pot să nu aibă nevoie de niciun sfat sau ajutor particular. Acei câțiva care experimentează disperare intensă și de durată pot beneficia de intervenții terapeutice, deși

consilierea clasică pentru doliu poate să nu fie cea mai bună alegere. În schimb, oamenii pot urma niște psihoterapii bazate pe dovezi empirice, încercând să-și vindece depresia (vezi capitolul 12 din acest volum).

Acestea fiind zise, concluziile noastre au la bază, în mare, studii asupra unor văduve și văduvi albi americani. Nu putem spune sigur că aceste concluzii se pot extinde la oameni de toate vârstele, etniile și genurile. În plus, reacțiile la pierdere pot depinde de relația persoanei cu cel decedat — fie acesta părinte, frate, soră sau copil —, precum și de felul în care a survenit moartea, dacă a fost bruscă, violentă sau lentă. Încă mai trebuie explorate cu atenție consecințele acestor diferite perspective și circumstanțe.

Una peste alta, putem spune cu convingere că, așa cum oamenii își trăiesc viața în moduri extrem de diferite, la fel de diferit fac față și morții celor apropiați. În ciuda a ceea ce spun unii guru ai psihologiei pop, doliul nu este o experiență tipică, nu e trăit de toată lumea la fel.

### **Lecturi recomandate**

Bonanno, G.A. (2009), *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*, New York: Basic Books.

Lotterman, J.H., Bonanno, G.A. & Galatzer-Levy, I. (2014), „The heterogeneity of long-term grief reactions“, *Journal of Affective Disorders*, 167, 12–19.

Wortman, C.B. & Boerner, K. (2007), „Beyond the myths of coping with loss: Prevailing assumptions versus scientific evidence“, in H.S. Friedman & R. Cohen Silver (coord.), *Foundations of health psychology* (pp. 285–324), New York: Oxford University Press.

# 10

## **Depresia are la bază doar o perturbare chimică la nivelul creierului?**

O reclamă sponsorizată de Pfizer, compania de medicamente care produce antidepresivul Zoloft, spune: „Deși cauza [depresiei] este necunoscută, depresia poate fi legată de un dezechilibru al compușilor chimici naturali transferați între celulele nervoase din creier. Administrarea Zoloftului intervine, corectând acest dezechilibru“. Folosind reclame precum aceasta, companiile farmaceutice au promovat intens ideea că depresia este rezultatul unor dezechilibre chimice din creier.

Ideea generală este că un deficit al unui anumit neurotransmițător (mesager chimic) la nivelul sinapselor sau în acele mici spații dintre neuroni interferează cu transmiterea impulsurilor nervoase, cauzând sau

contribuind la depresie. Dintre acești neurotransmițători, unul a atras cel mai mult atenția, respectiv serotonina, dar mulți alții, inclusiv norepinefrina și dopamina, au primit și ele roluri secundare în această poveste.

Mare parte din public pare să accepte în mod necritic ipoteza dezechilibrului chimic. De exemplu, într-un sondaj din 2007 realizat pe 262 de studenți, psihologul Christopher M. France, de la Universitatea de Stat Cleveland, și colegii săi au descoperit că 84,7% dintre participanți au considerat că este „destul de probabil” ca dezechilibrele chimice din creier să cauzeze depresie. În realitate totuși depresia nu poate fi redusă la un exces sau la un deficit dintr-un anumit compus chimic, nici măcar dintr-o gamă de compuși. „Dezechilibrul chimic este un tip de gândire moștenit din secolul trecut. Lucrurile sunt mult mai complicate de atât”, a spus specialistul în neuroștiințe Joseph Coyle, de la Facultatea de Medicină Harvard, citat într-un articol de blog al lui Alix Spiegel, de la National Public Radio.





Într-adevăr, este foarte probabil ca depresia să-și aibă originea în alte influențe decât anomaliile neurotransmițătorilor. Printre problemele corelate cu boala se numără unele neregularități în structura și funcționarea creierului, perturbări ale circuitelor neurale și diferite contribuții psihologice, precum cele ale factorilor de stres din viața persoanei. Desigur, toate aceste influențe operează în cele din urmă la nivelul fiziologiei, dar înțelegerea acestor legături cauzale necesită explicații din alte puncte de vedere.

## Un dezechilibru chimic?

Poate că cel mai frecvent citată dovadă în susținerea ipotezei dezechilibrului chimic este eficacitatea antidepresivelor, multe dintre ele crescând cantitățile de serotonină și de alți neurotransmițători la nivelul sinapselor. Zoloft, Prozac și alți inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI) duc la astfel de creșteri și pot adesea să ușureze depresia, cel puțin atunci când aceasta este severă. În consecință, mulți cred că deficitul de serotonină și de alți neurotransmițători cauzează această tulburare. Însă doar pentru că un medicament reduce simptomele unei boli nu înseamnă că acele simptome au fost cauzate de problema chimică pe care o corectează acea

substanță. Aspirina ameliorează durerile de cap, dar durerile de cap nu sunt cauzate de deficitul de aspirină.

Dovezile împotriva acestei ipoteze provin din eficacitatea unui nou antidepresiv, dezvoltat recent, Stablon (tianeptină), care *descrește* nivelurile de serotonină din sinapse. Într-adevăr, în diferite experimente, activarea sau blocajul unor anumiți receptori de serotonină a îmbunătățit sau a înrăutățit simptomele de depresie în maniere imprevizibile. O altă provocare la adresa ipotezei dezechilibrului chimic este faptul că mulți depresivi nu sunt ajutați de aceste SSRI. Într-un articol de sinteză din 2009, psihiatrul Michael Gitlin, de la Universitatea din California, Los Angeles, a raportat că o treime dintre cei tratați cu antidepresive nu prezintă ameliorări, iar un procent semnificativ dintre cei la care sunt observate modificări prezintă unele ameliorări, dar persoanele rămân deprimare. Dacă antidepresivele corectează acel dezechilibru chimic ce stă la baza depresiei, atunci toți sau cei mai mulți oameni depresivi ar trebui să se simtă mai bine după ce le iau. Faptul că nu se întâmplă așa sugerează că suntem abia la începutul înțelegerii acestei tulburări la nivel molecular. Ca rezultat, trebuie să luăm în considerare alte piste explicative nonchimice.

## Cum arată creierul celor deprimați

Un posibil indiciu se află în structurile creierului. Studiile de imagistică au revelat că anumite arii cerebrale diferă ca mărime la indivizii deprimați, față de cei sănătoși psihic. De exemplu, amigdala, care răspunde la evenimente cu semnificație emoțională, tinde să fie mai mică la oamenii deprimați decât la cei care nu prezintă tulburarea. Alte centre de reglare emoțională care par să fie mai reduse în volum sunt hipocampusul (o regiune din interiorul creierului implicată în memoria afectivă), cortexul cingular anterior (care ajută la controlul impulsurilor și empatiei) și anumite secțiuni din cortexul prefrontal (care joacă un rol important în reglarea afectivă). Totuși, efectele asupra depresiei avute de contractarea acestor structuri cerebrale nu sunt încă lămurite.

Studiile de neuroimagistică au dezvăluit faptul că amigdala, hipotalamusul și cortexul cingular anterior sunt adesea mai puțin active la oamenii depresivi. De asemenea, unele părți din cortexul prefrontal prezintă o activitate diminuată, în timp ce alte regiuni prezintă tiparul opus. Girusul cingular subcallosal, o regiune de lângă girusul cingular anterior, prezintă adesea niveluri de activitate anormale la indivizii depresivi. Aceste diferențe pot

contribui la depresie, însă, dacă așa stau lucrurile, oamenii de știință nu știu sigur cum se întâmplă ele.

În 2012, neurochirurgul Andres M. Lozano, de la Universitatea din Toronto, și asociații săi au studiat efectele stimulării profunde a creierului la nivelul girusului cingular subcalosal în cazul pacienților depresivi care nu au beneficiat de tratamente standard. Intervenția a dus la reducerea semnificativă a simptomelor de depresie, sugerând posibilitatea ca o disfuncție a creierului în această arie să fie implicată în boală.

Descoperirile indică, de asemenea, un rol crucial al factorilor psihologici, precum stresul, în special atunci când acesta apare ca urmare a pierderii unei persoane apropiate sau a nerealizării unui scop important în viață. Atunci când cineva este supus unui stres foarte mare, glandele suprarenale eliberează în fluxul sangvin un hormon denumit cortizol. Pe termen scurt, cortizolul îi ajută pe oameni să facă față pericolelor, mobilizând stocurile de energie pentru reacția „luptă-sau-fugi“. Dar nivelurile de cortizol cronic crescute pot dăuna unor sisteme organice. De exemplu, cel puțin la animale, excesul de cortizol reduce volumul hipocampului, ceea ce poate contribui la depresie. În ciuda acestor date, încă nu știm dacă stresul modifică creierul uman, în așa fel în cât să ducă la depresie.

## Să vedem elefantul în întregimea lui

În acest capitol am descris asocierile dintre diferite modificări din creier și depresie. Nu am vorbit despre „cauze“, deoarece niciun studiu nu a stabilit o relație cauză–efect între vreo disfuncție cerebrală sau psihosocială și această tulburare. În plus, e destul de sigur că depresia nu rezultă doar dintr-o singură modificare ce apare în creier sau de la un singur factor de mediu. Concentrarea pe o singură piesă din puzzle-ul depresiei — pe chimia creierului, pe rețelele neurale sau pe stres — este o abordare îngustă.

Abordarea aceasta de tipul „vederii prin tunel“ aduce aminte de acea poveste clasică în care un grup de orbi pipăie un elefant ca să afle cum arată animalul. Fiecare atinge o parte diferită, trompa sau fildeșii. Orbii își compară apoi observațiile și constată că sunt în total dezacord cu privire la cum arată animalul. Pentru a înțelege cauzele depresiei, trebuie să vedem elefantul în întregimea lui, adică trebuie să integrăm ceea ce știm la niveluri multiple, de la molecule la minte și la lumea în care trăim.

### Lecturi recomandate

France, C.M., Lysaker, P.H. & Robinson, R.P. (2007), The „chemical imbalance“ explanation

for depression: Origins, lay endorsement, and clinical implications, *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 411–420.

Lozano, A.M., Giacobbe, P., Hamani, C., Rizvi, S. J., Kennedy, S.H., Kolivakis, T.T. ... Mayberg, H.S. (2012), A multicenter pilot study of subcallosal cingulate area deep brain stimulation for treatment-resistant depression, *Journal of Neurosurgery*, 116(2), 315–322.

Park, J.S. & Ho-Young, A. (2013), Direct-to-consumer (DTC) antidepressant advertising and consumer misperceptions about the chemical imbalance theory of depression: The moderating role of skepticism, *Health Marketing Quarterly*, 30, 362–378.

# 11

## Patru mituri despre suicid

La data de 11 august 2014, renumitul comediant și actor Robin Williams s-a sinucis. Moartea sa a șocat întreaga lume, în special pentru că mulți oameni nu au putut înțelege de ce și-ar lua viața cineva atât de amuzant și de talentat. Evenimentul tragic a adus din nou în atenția noastră fenomenul suicidului. În 2012 (cel mai recent an pentru care sunt date disponibile), au fost raportate 40 600 de decese prin sinucidere în Statele Unite, ceea ce face ca suicidul să fie a zecea cauză importantă de deces pentru americani. Specialiștii sunt de acord că numărul real ar putea fi de două, până la trei ori mai mare, pentru că multe decese prin suicid sunt raportate ca fiind datorate altor cauze, cum ar fi accidentele de circulație cu o singură victimă.

În multe cazuri, suicidul poate fi prevenit, dar numai dacă avem informații precise, care să ne permită să recunoaștem corect riscul de suicid și să reacționăm corespunzător. În acest capitol, examinăm patru mituri larg răspândite despre suicid și prezentăm datele științifice cu privire la ele. De asemenea, discutăm despre cercetările legate de prevenția suicidului.

*Mitul 1: Dacă discutăm despre sinucidere, pot crește tendințele suicidare.* În 2014, studentul la Medicină Tomasso Dazzi de la King's College, Londra, și asociații săi au revizuit cercetările pe această temă. Niciunul dintre studii nu a indicat vreo asociere între discuțiile despre sinucidere și ideea suicidară. Dimpotrivă, unele rezultate au sugerat că a vorbi despre suicid poate reduce tendințele suicidare, probabil din cauză că dezvăluirea acestor tendințe față de alții poate crește probabilitatea de a primi ajutorul necesar.

*Mitul 2: Ratele de suicid sunt maxime în timpul vacanței de iarnă.* Cele mai multe relatări din media cu privire la sărbătorile de Revelion și Crăciun prezintă oameni fericiți și mulțumiți, celebrând cu bucurie sărbătorile de iarnă alături de familiile lor iubitoare. Cu toate acestea, mulți oameni sunt singuri și triști în timpul sărbătorilor de iarnă, ceea ce conduce la credința că în acest sezon apar rate de suicid mai mari. Cercetările pun însă la îndoială această credință.



În 2012, psihiatrul Christos Christodoulou, de la Facultatea de Medicină a Universității din Atena, și asociații săi au revizuit 113 studii din diferite țări cu privire la relația dintre suicid și anotimpurile anului. Deși rezultatele au fost mixte, cele mai multe studii au constatat că cele mai mari rate de suicid apar primăvara, iar pe locul al doilea sunt cele din timpul verii. Suicidul poate avea loc oricând, deci trebuie să fim vigilenți pe tot parcursul anului.

*Mitul 3: Depresia este aproape întotdeauna cauza suicidului.* Această credință larg răspândită i-ar putea face pe oameni să subevalueze sau să minimizeze riscul de suicid dacă persoana în cauză nu este depresivă. În 2004, psihiatrul Jose Bertoloto, de la Organizația Mondială a Sănătății, și asociații săi au trecut în revistă o serie de studii privind relația dintre diagnosticul psihiatric și suicid. Ei au constatat că 98% dintre sinucideri sunt asociate cu un tip de tulburare mentală diagnosticabilă. Tulburările de dispoziție (depresia și tulburarea bipolară) reprezintă 30,2%, urmate de tulburările legate de consumul de substanțe (17,6%), schizofrenia (14,1%) și tulburările de personalitate (13,0%). Cele mai multe cazuri din cele două treimi rămase au alte diagnostice decât depresia. Pentru a detecta riscul de suicid, trebuie să fim atenți nu doar la oamenii depresivi, ci și la cei cu alte tulburări, precum și la cei care nu prezintă niciun fel de tulburări diagnosticabile.

*Mitul 4: Este improbabil ca o persoană care a avut o tentativă de suicid să încerce din nou.* Psihiatrul Erkki Isometsä, de la Institutul Național de Sănătate Publică din Finlanda, și asociatul său Jouko Lönnqvist au realizat unul dintre cele mai cuprinzătoare studii pe această temă. Ei au obținut accesul la dosarele tuturor celor 1 397 de cazuri de suicid care au avut loc în Finlanda într-o perioadă de zece ani. Și au descoperit că istoricul de tentative de suicid precedente era un predictor semnificativ al sinuciderii reușite la femei și într-o mai mică măsură la bărbați. În mod clar, orice încercare de suicid trebuie să fie luată în serios, deoarece este legată de un risc crescut pentru o viitoare tentativă reușită.

## Cât de bine pot fi detectate tendințele suicidare?

Deocamdată nu există evaluări suficient de sensibile pentru a identifica în mod acurat persoanele înclinate către suicid. Totuși, studiile și opiniile specialiștilor ne ajută să identificăm factorii de risc pentru suicid. În Caseta 11.1, prezentăm câțiva dintre cel mai clar identificați indicatori. Din nefericire, cercetătorii nu au alcătuit încă un algoritm bazat pe acești factori, pentru a prezice tentativele de suicid. Itemii din tabel trebuie luați ca indicatori orientativi, predicția suicidului rămânând în cel mai bun caz o știință aflată încă la începuturi. De exemplu,

Hal Arkowitz a lucrat cu o mamă depresivă care avea un sugar mic și care trecea printr-un divorț și un proces de custodie dificile. Aproape că existau toți factorii de risc enumerați mai jos și totuși terapeutul a considerat că riscul de suicid este scăzut. De ce? Pentru că pacienta afirma în mod credibil că nu s-ar omorî niciodată atâta timp are copilul cu ea. Dacă însă soțul ei ar fi obținut custodia, ar fi trecut într-o clipă de la un risc relativ scăzut la un risc extrem de mare de suicid. Ca urmare, cititorii trebuie să utilizeze cu grijă Caseta 11.1. Dacă vă îngrijorați că un prieten sau un membru al familiei s-ar putea sinucide, încercați să îl programați la o evaluare cu un specialist în sănătate mentală. Dacă persoana refuză tratamentul, puteți cere sfatul unui specialist — este cea mai bună manieră de a gestiona situația.

### **Caseta 11.1 Câteva semne de avertizare pentru suicid**

O tulburare psihiatrică gravă în trecut sau în prezent

Istoricul medical include una sau mai multe tentative de suicid

Prezența unor factori de stres recenți, precum despărțirea și pierderea locului de muncă

Disperare (lipsa de speranță)

Agitație extremă

Gânduri despre suicid

Amenințări cu suicidul

Planificarea sau pregătirea pentru suicid

Deținerea mijloacelor pentru a comite sinuciderea

Puține motive pentru a mai trăi (sau niciun motiv)

Abuzul de alcool sau substanțe

Insatisfacția față de tratament sau respingerea acestuia

Un istoric de suicid în familia de proveniență

## Poate fi prevenit suicidul?

A fost evaluat un număr mare de terapii farmacologice și psihoterapii dedicate persoanelor cu risc de suicid. Într-o revizuire din 2014 a intervențiilor de prevenire a comportamentelor suicidare, Erin F. Ward-Ciesielski, masterandă în psihologie la Universitatea Washington, și Marsha Linehan au constatat că există puține dovezi solide pentru eficacitatea acestor tratamente. Totuși, studiile din această arie au multe deficiențe și o concluzie fermă mai are de așteptat până la realizarea unor studii cu un design mai bun.

În același studiu de sinteză, autoarele au constatat rezultate mai promițătoare în cazul anumitor tipuri de psihoterapie. În mare, rezultatele pentru diferite abordări au fost mixte, dar tind să încline în favoarea psihoterapiei, spre deosebire de îngrijirile obișnuite și de alte condiții de control. Două tipuri de terapie se pot lăuda cu dovezi mai solide pentru eficacitatea lor: terapia cognitivă și terapia comportamental-dialectică.

Prima formă de tratament îi încurajează pe clienți să-și confrunte preconcepțiile și să se străduiască să aibă o gândire mai rațională; cea de-a doua constă din ședințe de terapie săptămânale și consultații telefonice, precum și din exersarea abilităților în mindfulness, a reglării emoțiilor, a toleranței la stres și a eficacității interpersonale. În 2005, psihologul

Gregory K. Brown, de la Universitatea Pennsylvania, și asociații săi au comparat, pe de o parte, un tratament cu zece ședințe de terapie cognitivă axat pe reducerea ideilor suicidare și pe prevenția suicidului cu, pe de altă parte, îngrijirea comună acordată adulților care au avut de curând o tentativă de suicid. Ei și-au urmărit subiecții timp de 18 luni și au constatat că aproximativ 76% dintre cei din grupul cu terapie cognitivă nu a avut noi tentative de suicid în această perioadă, în comparație cu 58% dintre cei din grupul cu tratament uzual. În plus, patru studii valide (care includ și grupuri de control) au ajuns la rezultate ce recomandă terapia comportamental-dialectică pentru reducerea comportamentelor suicidare și a tentativelor de suicid.

Aceste studii oferă puțină speranță pentru persoanele suicidare care caută tratament. Dar cei care nu îl caută? Aici pot avea un rol prietenii și membrii familiei, prin recunoașterea semnelor de pericol și încurajarea acestor persoane să caute ajutorul unui specialist. Pentru a face acest lucru, oamenii trebuie să fie înarmați cu informații mai corecte despre suicid decât să se bazeze doar pe mituri.

## **Lecturi recomandate**

Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2006), *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*, New York: Guilford Press.

Nock, M.K. (coord.) (2014), *The Oxford handbook of suicide and self-injury*, Oxford: Oxford University Press.

# 12

## Care este cel mai bun tratament pentru depresie?

**Medicamente, psihoterapie sau ambele?**

Imaginați-vă un tratament pentru depresie care are următoarele calități:

- Este la fel de eficient ca medicamentele antidepresive, dar sunt absente efectele secundare.
- Rezultatele terapeutice durează mai mult decât cele ale medicamentelor antidepresive, după încheierea tratamentului.
- Beneficiile tratamentului se generalizează la multe domenii ale vieții.



- Cauzează modificări în creier cu privire la procesele asociate cu depresia.
- Tipic, trebuie să fie administrat doar o dată pe săptămână.
- În general, costă la fel sau mai puțin decât medicamentele.

Sună prea bine ca să fie adevărat? De fapt, un astfel de tratament există de decenii, deși mulți oameni nu știu de el. Se numește: psihoterapie.

De ce atât de mulți oameni nu cunosc aceste fapte? Un motiv sunt bugetele de publicitate uriașe ale companiilor farmaceutice, cu ajutorul cărora sunt crescute vânzările de medicamente antidepresive (reclamele vizează atât publicul larg, cât și pe medicii care le prescriu). Pe de altă parte, psihoterapeuții au bugete prea mici sau zero pentru marketing. În acest capitol, vom încerca să echilibrăm lucrurile, oferind o comparație a antidepresivelor cu psihoterapia.

## Antidepresivele: pro și contra

Cu toate că există mai multe clase diferite de antidepresive, ne vom concentra pe cele prescrise cel mai frecvent astăzi, adică pe SSRI sau inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (vezi Caseta 12.1).

În general, persoanele care iau antidepresive nu prezintă ameliorări în primele două până la patru săptămâni. Pentru fiecare individ în parte, unele antidepresive funcționează mai bine decât altele; apoi niciun antidepresiv nu s-a demonstrat a fi mai eficient decât altul la nivel de populații de pacienți. Mulți dintre cei care sunt tratați pentru depresie încearcă două sau trei SSRI-uri (sau alte antidepresive), înainte de a-l găsi pe cel care funcționează și care are efecte secundare tolerabile. Studiile arată că între 50% și 70% dintre cei care iau SSRI-uri răspund la tratament prin reducerea simptomelor cu 50% sau mai mult. La unii clienți depresia se ameliorează, dar rămâne încă prezentă, în timp ce alții devin asimptomatici. Simptomele reziduale, după tratament, sunt problematice, deoarece semnalizează un factor de risc semnificativ pentru recăderea în depresie.

După ce apar efectele terapeutice, clienților și se spune de obicei să continue să ia medicamentul cel puțin 6 până la 12 luni, pentru a preveni recăderea. Dacă pacienții au avut câteva episoade anterioare sau dacă depresia lor este severă, li s-ar putea spune să rămână sub tratament mai mult timp, pentru a evita revenirea depresiei. Acest mod de folosire a antidepresivelor pentru întreținere reduce rata de recădere în comparație cu un placebo. În afară de Prozac, terapia cu antidepresive *nu* s-a demonstrat a fi eficientă la copii și la adolescenți și poate să nu fie sigură pentru un

mic procent dintre persoanele cu vârste mai mici de douăzeci și patru de ani, așa cum vom discuta în capitolul 13 (din acest volum). În plus, antidepresivele pot cauza daune fetoșului, astfel că femeilor însărcinate li se recomandă ferm să nu le ia.

În cele mai multe studii clinice, toți pacienții primesc același antidepresiv. În lumea reală însă medicii adesea încearcă medicamente diferite dacă o rețetă nu funcționează. Un studiu realizat de A. John Rush, de la Centrul Medical de la Universitatea Texasului de Sud-Vest, și colegii săi au descris mai acurat cum sunt folosite SSRI-urile în practica clinică. Cercetătorii le-au prezentat pacienților depresivi un set în patru pași, cu opțiuni care pot fi folosite dacă este necesar.

**Caseta 12.1 Antidepresivele și efectele lor secundare**

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI) pot ușura depresia, dar pot avea și dezavantaje.

<i>Denumire comercială</i>	<i>Denumirea compusului chimic</i>
Paxil	paroxetină
Prozac	fluoxetină
Lexapro	escitalopram
Celexa	citalopram
Zoloft	sertralină

**Efecte secundare frecvente ale SSRI**

- Pe termen scurt (cu o durată de până la câteva săptămâni): greață, diaree, nervozitate și insomnie.
- Pe termen lung (cu o durată de câteva luni sau mai mult): dorință sexuală scăzută sau disfuncție sexuală (la 50–75% dintre pacienți) și stare de sedare.

## **Psihoterapii bazate pe cercetări**

Oamenii de știință au evaluat doar câteva tipuri de psihoterapie. Cele mai multe dovezi există în sprijinul terapiei cognitiv-comportamentale și ale psihoterapiei interpersonale, care s-au dovedit a fi eficace în tratarea depresiei. Doar câteva studii au examinat performanța altor trei terapii enumerate mai jos, iar rezultatele sunt încurajatoare.

<i>Denumirea</i>	<i>Metoda</i>
Terapie cognitiv-comportamentală	Antrenează și încurajează noi comportamente pentru a-i ajuta pe oameni să-și schimbe gândirea predominant negativă
Psihoterapie interpersonală	Se concentrează pe dificultățile sociale și pe conflictele asociate cu depresia
Terapie psihodinamică de scurtă durată	Pune accent pe înțelegerea și corectarea tiparelor interpersonale problematice
Terapie centrată pe client	Pune accent pe potențialul terapeutic al relației terapeut-client
Terapie centrată pe emoții	Este construită pe baza terapiei centrate pe client, prin mutarea accentului pe conștientizarea gândurilor și a sentimentelor și pe gestionarea reacțiilor emoționale persistente și problematice

Toți subiecții au început cu același antidepresiv (Celexa). La fiecare dintre cei trei pași consecutivi, cei care fie nu au răspuns la tratament, fie nu au putut tolera efectele secundare au primit mai multe opțiuni, printre

care schimbarea medicației, adăugarea de medicamente sau trecerea la o terapie cognitiv-comportamentală (TCC). Acest studiu dedicat abordării în patru pași a depresiei a prezentat o rată a remisiei de 67%, cu mult superioară celei constatate în cele mai multe studii care evidențiază rate de remisie (excluzând ratele de ameliorare) apropiate de 33%.

Unele studii realizate pe subiecți adulți au arătat că mai eficientă decât tratamentele aplicate separat este combinația dintre psihoterapie și medicamente. Mai mult, câteva studii pe adulți au descoperit că tratamentul bazat pe medicație poate fi mai eficient decât psihoterapia în cazul depresiilor grave, deși dovezile în acest sens sunt mixte.

## Psihoterapia sub lupă

În ciuda volumului mare de studii cu privire la psihoterapia folosită pentru tratarea depresiei, oamenii de știință au evaluat puține tipuri de psihoterapie. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) a fost cel mai des studiată până acum. Acest tip de terapie îi învață și îi încurajează pe oameni să adopte noi comportamente și îi ajută să-și schimbe gândirea excesiv de negativă. Psihoterapia interpersonală are al doilea cel mai mare set de dovezi care susțin această abordare. Cercetările cu privire la alte terapii, precum psihoterapia psihodinamică de scurtă durată, terapia

centrată pe client și terapia centrată pe emoții, abia au fost demarate, dar rezultatele celor câteva studii realizate până acum au fost pozitive (vezi Caseta 12.1). În acest capitol, discuția noastră despre psihoterapie va continua cu privire la acele abordări care au fost validate de cercetări.

Descoperirile privind eficacitatea TCC sunt remarcabil de asemănătoare cu cele obținute de multe studii referitoare la SSRI-uri. Aproximativ două treimi dintre pacienții care parcurg 12 până la 16 ședințe de TCC prezintă ameliorări sau remisii. (Terapia costă la fel de mult sau chiar mai puțin decât tratamentul medicamentos, deoarece, în general, oamenii sunt tratați mult mai mult timp cu antidepresive, în raport cu durata unei psihoterapii.) Până acum, cele mai multe comparații între diferitele tipuri de psihoterapie au arătat că sunt cam la fel de eficiente. Până la data scrierii acestei cărți, însă niciun studiu privind psihoterapia nu a adoptat metoda multistadială folosită de Rush și colegii săi în studiul tratamentelor cu antidepresive; în practică, psihoterapeuții schimbă deseori strategia atunci când cea pe care o folosesc nu funcționează. Din cauză că studiile privind psihoterapia folosesc doar o singură abordare în scopul controlului experimental, ele subestimează eficacitatea psihoterapiei în tratarea depresiei, desigur, această ipoteză va trebui testată în cercetări ulterioare.

Numeroase studii au demonstrat că, după terminarea tratamentului, pacienții tratați doar cu medicamente adesea au recăderi la o rată *de două ori* mai mare decât cei tratați doar cu terapie cognitiv-comportamentală. Mai mult, ratele de renunțare la tratamentele cu antidepressive sunt de două sau de trei ori mai mari decât cele înregistrate pentru TCC, un studiu pe scară largă, constatând o rată de renunțare de 72% pentru antidepressive, după 90 de zile de utilizare. Pacienții vindecați care au primit antidepressive și au continuat cu ele pentru întreținere au prezentat rate de recădere echivalente, în mare, cu cele ale persoanelor care au finalizat o terapie cognitiv-comportamentală, fără alt tratament ulterior. Aceste descoperiri sugerează că terapia cognitiv-comportamentală poate viza unele dintre procesele cauzale subiacente mai bine decât tratamentul medicamentos sau că le poate oferi pacienților abilități de coping, care îi ajută să gestioneze mai bine evenimentele de viață. Dimpotrivă, tratamentele cu antidepressive au mai curând un caracter paliativ, înlăturând simptomele atâta timp cât medicamentele sunt administrate. Chiar și așa, aproximativ jumătate dintre cei care răspund la terapia cognitiv-comportamentală înregistrează recăderi în următorii doi ani, ceea ce sugerează că noi, psihologii, încă mai avem de lucru. Cercetătorii TCC caută moduri de reducere suplimentară a recăderilor posttratament. De exemplu, studii recente au



constatat că un tratament de opt ședințe de terapie de grup — în care se folosește terapia cognitivă bazată pe mindfulness și la care participă, timp de un an, pacienți care tocmai au fost vindecați de depresie — reduce recăderile pentru cei care au avut trei sau mai multe episoade de depresie (vezi și capitolul 6 din acest volum).

La copiii și adolescenții depresivi, doar unul dintre antidepresive (Prozacul) s-a dovedit de ajutor, în timp ce câteva tipuri diferite de psihoterapii s-au dovedit benefice. În ambele cazuri însă efectele tratamentului au fost doar moderate. Rezultatele studiilor privind combinația între tratamentul medicamentos și psihoterapie în cazul acestor populații de pacienți arată fie că nu există niciun avantaj, fie există doar unul mic în favoarea combinației, în comparație cu aplicarea separată a celor două tipuri de tratament.

Cu toate că rezultatele sunt cumva mixte, cele mai multe dovezi sugerează că tratamentele combinate (psihoterapie + medicație) sunt mai eficiente la adulți, dar nu neapărat și la copii și adolescenți. Un studiu valid și cuprinzător pe adulți depresivi cronici a comparat un tratament medicamentos bazat pe antidepresive non-SSRI cu o formă adaptată de TCC, care pune accent pe modificarea tiparelor de relaționare interpersonală și a gândirii negative; de asemenea, acestea au fost comparate și cu un tratament bazat pe o combinație a celor două abordări. În timp ce

ratele de răspuns pentru fiecare dintre tratamente luate separat au fost comparabile cu cele obținute de obicei în studiile privind tratamentul depresiei, rata de răspuns pentru tratamentul combinat a fost de un impresionant 85%!

## În sinteză

Medicamentele antidepresive și anumite forme de psihoterapie sunt rezonabil de eficiente pentru tratamentul depresiei la adulți, dar există spațiu considerabil pentru ameliorarea ratelor de răspuns inițial și a ratelor de recădere. Ratele de răspuns (ameliorare sau remisie) pentru ambele tratamente sunt în medie în jur de două treimi. Aceasta înseamnă că ele îi ajută pe cei mulți, dar unii pacienți rămân cu anumite simptome depresive, în timp ce pe alții aceste tratamente nu îi ajută deloc. Combinația între psihoterapie și terapia medicamentoasă poate duce la rezultate mai bune la adulți, dar aduce prea puține beneficii sau niciunul la copii și adolescenți. Cu toate că psihoterapia reduce rata de recăderi la jumătate, față de rata de recădere înregistrată în cazul terapiei medicamentoase pe o perioadă de urmărire de doi ani, ratele de recădere pentru ambele tipuri de tratament rămân îngrijorător de înalte.

Psihoterapia, terapia medicamentoasă și combinația dintre cele două sunt, toate, de ajutor în tratarea depresiei la adulți, dar

efectele sunt mai scăzute la copiii și adolescenții depresivi. Terapia medicamentoasă poate fi mai bună pentru unii pacienți, psihoterapia poate fi mai eficace pentru alții, iar combinația dintre ele, la rândul ei, poate fi mai adecvată pentru o a treia categorie de pacienți. Nu știm care sunt persoanele care vor răspunde cel mai bine la un tratament sau altul. De asemenea, multe alte întrebări importante nu și-au găsit încă un răspuns. De exemplu: Tratamentele psihoterapeutice de durată mai lungă (precum cele folosite de obicei în practica clinică) ar putea conduce la rezultate inițiale mai bune decât cele obținute prin terapiile de scurtă durată, care au fost cercetate până acum?

### **Caseta 12.2 Psihoterapia și creierul**

Strategiile de marketing ale companiilor de medicamente sugerează că depresia este cauzată de un „dezechilibru chimic” din creier. De exemplu, o reclamă a producătorului de Zoloft (un inhibitor al recaptării serotoninei — SSRI) spune că, „deși cauza este necunoscută, depresia poate avea legătură cu un dezechilibru al compușilor chimici naturali dintre celulele nervoase din creier. Administrarea de Zoloft corectează acest dezechilibru”.

Dezechilibrul la care se referă reclamele la SSRI-uri este un deficit al neurotransmițătorului serotonină la nivelul receptorilor din creier. Astfel de mesaje

publicitare dezinformează însă și *nu* reflectă descoperirile științifice. Nu există nicio dovadă științifică limpede că deficitul de serotonină cauzează depresia sau că ar exista un „echilibru” optim al nivelurilor de neurotransmițători din creier. Mai mult, medicamentele care afectează în primul rând mesagerii chimici, alții decât serotonina, sunt la fel de eficiente ca și SSRI.

Fără îndoială, antidepresivele sunt de ajutor în ameliorarea depresiei. Dar apare o formă de raționament circular, conform căruia, dacă aceste SSRI sunt de ajutor în ameliorarea depresiei și dacă ele chiar ameliorează „dezechilibrul chimic”, atunci depresia trebuie să fie cauzată de acest dezechilibru. Inferarea cauzalității din succesul unui tratament este în mod frecvent o încercare sortită eșecului: aspirina este eficientă pentru durerile de cap, dar nimeni nu poate susține cu seriozitate că durerile de cap sunt cauzate de deficitul de aspirină.

În plus, tratamentele biologice nu sunt unice în ceea ce privește capacitatea de a cauza modificări la nivelul creierului. Folosind tehnici de imagistică, multe studii au indicat modificări cerebrale semnificative la pacienții tratați doar cu psihoterapie. Un studiu realizat pe pacienți depresivi a demonstrat că terapia cognitiv-comportamentală a condus la scăderea

activității în regiunile frontale ale creierului, dintre care unele pot fi legate de ruminație, o trăsătură comună a depresiei. Unele studii au evidențiat modificări cerebrale identice cu cele cauzate de medicamentele antidepresive, în timp ce altele au descoperit modificări cerebrale diferite. Aceste descoperiri susțin ideea că psihoterapia produce modificări măsurabile în creier, cu toate că aceste modificări pot fi uneori diferite de cele produse de medicație.

La fel, putem întreba: O strategie secvențială, pe mai mulți pași, precum cea folosită de Rush și asociații săi în cazul terapiei cu medicamente, ar putea să îmbunătățească rezultatele psihoterapiei? Ce putem face pentru a reduce sau a elimina recăderile? Unele tratamente antidepresie sunt oare mai bune pentru anumite tipuri de oameni decât pentru alte tipuri?

Deci, să tragem concluziile. Am aflat că psihoterapia și terapia cu medicamente sunt, ambele, destul de eficiente pentru depresie. Știm că psihoterapia previne recăderea mai bine decât terapia cu medicamente atunci când tratamentul este întrerupt, că are puține efecte secundare negative sau niciunul, și că este un tratament sigur și cu eficiență moderată la copiii și adolescenții depresivi. De asemenea, poate schimba biologia asociată cu depresia (vezi Caseta 12.2). Terapia

cognitiv-comportamentală și terapia interpersonală (cele două terapii despre care dovezile empirice ne spun că sunt cele mai bune pentru depresie) și posibil și alte psihoterapii pentru care există mai puține dovezi empirice pot fi luate în considerare în mod serios pentru o persoană depresivă care caută tratament. Dacă răspunsul la o anumită psihoterapie nu este adecvat, pot fi încercate alte abordări psihoterapeutice sau poate fi adăugat un regim medicamentos. Cu toate că o combinație între psihoterapie și medicație poate fi întrucâtva mai eficientă decât oricare dintre cele două abordări aplicate separat, efectele secundare ale medicamentelor pot fi problematice.

Sperăm că informațiile pe care le-am furnizat vor contracara unele dintre impresiile eronate alimentate de strategiile de marketing ale unor companii farmaceutice și că îi vor încuraja pe cititori să se gândească la psihoterapie ca la un tratament viabil pentru depresie, care are câteva avantaje față de terapia farmacologică.

### **Lecturi recomandate**

Cozolino, L. (2010), *The neuroscience of psychotherapy* (ed. a 2-a), New York: W.W. Norton.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K.S. (2013), A meta-analysis of

cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments, *Canadian Journal of Psychology*, 58, 376–385.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Fawcett, J., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Zajecka, J. ... Gallop, R. (2014), Effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs. antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: A randomized clinical trial, *JAMA Psychiatry*, 71, 1157–1164.

# 13

## Antidepresivele pot cauza suicidul?

Multor cititori s-ar putea să li se pară ciudată întrebarea din titlul acestui capitol. Cum pot medicamentele, care s-au dovedit a fi de ajutor în reducerea depresiei, să fie tocmai *cauza* suicidului? Până la urmă suicidul este o complicație tragică ce apare în unele cazuri de depresie. Totuși, cercetările și observațiile clinice adunate timp de peste patruzeci de ani au stârnit îngrijorări cu privire la faptul că aceste medicamente pot să producă idei suicidare, tentative de sinucidere și posibil chiar suicidul la un mic eșantion de pacienți depresivi. Care sunt deci riscurile?

În 2006, psihiatrul Tarek A. Hammad și asociații săi de la Administrația Statelor Unite pentru Alimente și Medicamente au publicat o metaanaliză (o revizuire cantitativă) a mai multor studii, privind un mare număr de copii și adolescenți care luau antidepresive pentru



depresie, tulburări de anxietate și tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD). Rezultatele obținute au demonstrat că subiecții tratați cu medicamente antidepresive prezentau un risc de două ori mai mare (4% față de 2%) pentru tendința către suicid (gânduri și tentative de suicid), în comparație cu cei care primeau tratament placebo. O metaanaliză din 2007, realizată de psihologul Jeffrey Bridge de la Universitatea de Stat din Ohio, și colegii săi din câteva instituții a inclus studii suplimentare și a confirmat aceste rezultate, cu toate că procente de suicid au fost ușor mai scăzute. Aceste constatări indică medicamentele drept cauză a suicidalității mai degrabă decât depresia.

## Regulamentele Administrației pentru Alimente și Medicamente (FDA<sup>\*\*\*\*\*</sup>)

Rezultatele inițiale ale metaanalizei lui Hammad s-au aflat la dispoziția FDA cu mult înainte de publicarea acestui articol. În urma acestor descoperiri, în anul 2004, FDA a publicat un „avertisment în chenar negru” cu privire la toate antidepresivele. Acest avertisment s-a aplicat întregii clase de substanțe antidepresive și avertiza că aceste medicamente pot crește riscul tendinței de suicid la copiii și adolescenții cu tulburare depresivă majoră și cu alte tulburări psihiatrice. Acesta este cel mai ridicat nivel de

alertă al FDA (și este numit așa din cauza chenarului negru care înconjoară de obicei textul avertismentului).

În 2007, FDA a extins acest avertisment vizând și persoanele cu vârsta de până la 24 de ani, observând că datele nu arată un risc crescut la adulții cu vârste peste 24 de ani. Riscul de suicid apare de obicei în primele zile sau săptămâni de la începerea administrării medicamentelor. Conform unui Aviz de Sănătate Publică din 2004, oficialii FDA pentru sănătatea publică se arată preocupați că pacienții care prezintă anumite simptome devreme în tratamentul medicamentos sau în timpul unei schimbări a dozelor pot prezenta un risc crescut de înrăutățire a depresiei sau o creștere a tendinței la suicid. Acest risc suplimentar este mai probabil dacă simptomele sunt grave și abrupte de la început și dacă ele nu fac parte din simptomele depresive pentru care pacientul a căutat inițial un tratament. Aceste simptome includ anxietate, agitație, atacuri de panică, insomnie, iritabilitate, ostilitate, impulsivitate, neliniște accentuată, hipomanie și manie.

Din fericire, doar un mic procent dintre oamenii care prezintă aceste simptome prezintă risc de suicid. Cu toate acestea, dacă aceste simptome încep să apară, ele trebuie să fie raportate și aduse la cunoștința medicului.

## Sfaturi despre antidepresive

Numeroase studii realizate pe pacienți de toate vârstele au constatat că antidepresivele sunt de ajutor în circa două treimi dintre cazurile de depresie. Pentru copii și adolescenți, datele arată că Prozacul (fluoxetina) este destul de eficient, dar alte antidepresive nu sunt mai eficiente decât un placebo. Pentru adulți, diverse antidepresive s-au dovedit de ajutor. O problemă majoră ce apare la această medicație este rata mare de recădere (aproximativ 40%) înregistrată ulterior opririi tratamentului.

Mulți cercetători au constatat că o combinație între un antidepresiv și psihoterapie (în special terapie cognitiv-comportamentală) duce la o mai pregnantă reducere a simptomelor și la rate scăzute de sinucideri și tentative de suicid (mai mici decât în cazul aplicării aparte a celor două tipuri de tratament).

### **Caseta 13.1 Câteva fapte**

#### **Motive de îngrijorare**

1. Suicidul este o complicație tragică ce apare în unele cazuri de depresie. Antidepresivele s-au dovedit a fi de ajutor în ameliorarea depresiei.
2. Sinuciderea este a treia cauză principală de deces la adolescenți (între 10 și 14 ani). Consumul crescut de antidepresive a fost asociat cu o scădere a ratei sinuciderilor reușite.
3. Unele studii însă au arătat că folosirea antidepresivelor la copii și adolescenți poate cauza o creștere îngrijorătoare a suicidalității (gânduri și tentative de sinucidere).

La nivel practic, riscul de suicidalitate poate să fie abordat într-un mod adecvat prin monitorizarea atentă a pacienților, în special la începutul tratamentului. Din nefericire, cei mai mulți medici de familie și psihiatri nu fac acest lucru; de obicei, ei stabilesc o consultație de urmărire (de evaluare ulterioară) la câteva săptămâni sau mai mult după ce a fost prescris medicamentul. Acest mod de a lucra poate fi rezultatul lipsei de conștientizare a medicilor cu privire la riscul de suicid sau al limitării numărului de consultații impuse de unele companii de asigurare. Unii chiar le spun

pacienților că aceste efecte secundare sunt posibile și că vor dispărea într-o săptămână sau două. Aceste avertizări pot să îi descurajeze pe pacienți să îi mai caute pe medici dacă apar aceste simptome. Tratatamentul cu antidepresive asociat cu psihoterapia este, se înțelege, mai sigur, întrucât psihoterapeutul poate monitoriza efectele secundare și îi poate informa pe pacient și pe medicul curant dacă apar probleme.

Cu toate că nu există cercetări științifice care să demonstreze că, în cazul copiilor și adolescenților, suicidul reușit este o consecință a folosirii antidepresivelor, mai multe rapoarte de caz sugerează că aceasta ar putea fi o cauză de îngrijorare. Rapoartele de caz însă doar oferă sugestii și nu constituie dovezi științifice solide. În plus, cele mai multe studii care au identificat tentative de suicid la tineri au avut o durată relativ scurtă și eșantioane mici, comparativ cu ce-ar fi fost necesar pentru a investiga în mod valid această problemă; riscurile pe termen lung nu au fost încă evaluate cu atenție. Cele mai multe studii pe oameni cu vârste de peste douăzeci și patru de ani nu au raportat o suicidalitate crescută în cazul administrării de antidepresive. Cu toate acestea, trebuie să fim precauți în legătură cu acceptarea acestei concluzii, întrucât nu cunoaștem mecanismele care explică de ce antidepresivele pot declanșa tendințe suicidare la tineri.

În plus, aceste date pot deveni subiectul unor abordări distorsionate, așa cum vom discuta mai departe. Pentru un plus de siguranță, medicii trebuie doar să-i monitorizeze îndeaproape pe adulții care iau antidepresive. Dacă persoanele care iau antidepresive doresc să se oprească, este important să-l consulte pe medic înainte de a o face și să reducă gradual medicamentul, deci să nu se oprească brusc. Întreruperea abruptă a administrării antidepresivelor poate declanșa o gamă de simptome perturbatoare, inclusiv amețeală, greață, durere de cap, oboseală, anxietate, iritabilitate și tristețe, ca să numim doar câteva.

## Conflict de interese?

Controversa privind antidepresivele și suicidalitatea are atât o dimensiune științifică, precum și una economică. În 2004 vânzările de antidepresive din clasele cele mai frecvent prescrise (inclusiv din categoria inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei — SSRI) au atins 10,9 miliarde de dolari numai în Statele Unite. În mod clar, companiile farmaceutice au un profit mare de pe urma acestor medicamente.

David Healy, psihiatru și fost secretar de stat al Asociației Britanice de Psihofarmacologie, susține că deseori unii producători de medicamente au publicat rezultate modificate ale studiilor cu privire la aceste medicamente și

au ascuns ori au mascat riscurile timp de peste 40 de ani. Alții au contestat cu fermitate aceste acuze.

Producătorii din industria farmaceutică sunt cei care au finanțat cele mai multe studii clinice până acum, creând un potențial conflict de interese pentru domeniul cercetării și ducând la o probabilitate crescută de producere a „efectului așteptării experimentatorului”. Acest efect apare atunci când cercetătorii se așteaptă să obțină rezultatele anticipate — în acest caz, dovada că antidepresivele sunt sigure și eficiente — și, în mod neintenționat, influențează designul studiului, în așa fel încât să ajungă la exact la rezultatele respective. Cu toate că metoda „dublu-orb” (în care nici pacientul, nici cercetătorii nu știu dacă pacientul primește substanța activă sau o pilulă fără efect) poate oferi o oarecare protecție împotriva acestei distorsiuni, adesea apar controverse cu privire la cât de bine sunt implementate aceste proceduri în studiile cu privire la efectele medicamentelor.

De asemenea, este relevant și faptul că un studiu major finanțat de Institutul Național de Sănătate Mentală din SUA a constatat (în cazul pacienților care luau antidepresive) rate mai mari de tentative de suicid decât cele obținute în studiile finanțate de companiile farmaceutice. Mai mult, multe companii farmaceutice angajează scriitori profesioniști, ce rămân anonimi, să scrie studiile clinice pentru publicare; din acest motiv, există

potențialul de a distorsiona dovezile, în sensul descrierii unor efecte favorabile ale medicamentelor. În sfârșit, au fost raportate cazuri (de exemplu, scandalul privind medicamentul Vioxx) în care companiile farmaceutice au ascuns dovezile negative. Cu toate că acest tip de nedeazăluire nu a fost clar demonstrat pentru antidepresive, aceasta rămâne o posibilitate neliniștitoare.

Ca răspuns la aceste îngrijorări, Comitetul Internațional al Editorilor de Reviste Medicale a cerut recent ca autorii care depun lucrări spre publicare să fie obligați să dezvăluie orice suport financiar primit și orice relații personale care ar putea să le afecteze munca, să arate dacă există conflicte potențiale, să identifice persoanele care au acordat asistență la redactarea articolului și să dezvăluie sursele de finanțare primite. Poate că cel mai important lucru este că acest Comitet cere ca autorii să declare toate studiile clinice pe care le-au realizat cu sprijinul unor organizații nonprofit, indiferent dacă acele studii au fost sau nu publicate. În acest mod, *toate* studiile vor fi disponibile gratis publicului, nu doar cele care au obținut rezultate pozitive. În plus, Administrația pentru Alimente și Medicamente din SUA cere ca, în cererea pentru obținerea aprobării comercializării respectivului medicament, compania producătoare să menționeze rezultatele tuturor studiilor realizate, inclusiv datele privind eficacitatea și siguranța substanței în cauză.



Deci, antidepresivele duc oare la suicid? Datele disponibile sugerează că probabil nu, dar distorsiunile potențiale ale cercetărilor cresc tentația de lua în serios și varianta în care ar exista o cauzalitate între antidepresive și sinucidere. Cu toate acestea, unele antidepresive par să cauzeze cel puțin o infimă creștere a ideilor suicidare și a tentativelor în cazul copiilor, adolescenților și adulților tineri.

Suicidul este a treia cea mai importantă cauză de deces la adolescenți (între 10 și 14 ani) în Statele Unite. Mulți cercetători au constatat că un consum crescut de antidepresive este asociat cu rate scăzute ale suicidului reușit. Pe de altă parte, dacă avertismentele „în chenar negru” îi determină pe medici să reducă administrarea de antidepresive, acest lucru ar putea să crească rata sinuciderilor. Rezultatele unui studiu recent realizat în Olanda sugerează că așa par să stea lucrurile: rata de sinucidere la copii a crescut cu peste 40% din 2003, când ratele de administrare de antidepresive au început să *scadă*.

O alternativă mai bună față de administrarea de antidepresive la mai puțini copii și adolescenți ar fi continuarea administrării lor, dar cu o monitorizare strictă și atentă din partea medicului. Altfel, ne putem confrunta cu o ironie tragică: eforturile de a-i proteja pe copii de gândurile și tentativele suicidare prin reducerea administrării de antidepresive pot

duce la daune mai mari, adică la creșterea ratelor de suicid din cauza tratării inadecvate a depresiei.

Multe întrebări sunt încă fără răspuns. Viitoarele studii, neinfluențate de companiile de medicamente, vor evidenția oare riscuri diferite privind suicidul și tentativele suicidare la tineri? Vom constata, la fel ca zi, lipsa unei influențe a antidepressivelor asupra suicidalității și suicidului la adulți? Ce vor dezvălui studiile realizate pe termen lung despre efectele antidepressivelor asupra suicidului și suicidalității? Sperăm ca eforturile recente de reducere a surselor de distorsiune în cercetare să ne ofere răspunsuri mai acurate la aceste întrebări importante.

Din fericire, există o alternativă la antidepressive. Multe studii, chiar dacă nu toate, au arătat că psihoterapiile de scurtă durată (între 12 până la 16 ședințe), cu sau fără medicație, sunt cel puțin la fel de eficiente ca și terapia cu medicamente în cazurile de depresie și anxietate; în plus, acestea mențin recuperarea pacientului mai bine pe termen lung și prezintă riscuri minime sau nule de suicid. Totuși, pentru că psihoterapeuții nu au bugete de publicitate la fel de generoase precum cele ale companiilor farmaceutice, mulți consumatori de servicii de sănătate mentală nu cunosc mai nimic despre aceste descoperiri importante.

Dat fiind nivelul actual de cunoștințe, susținem administrarea antidepressivelor, în

particular a fluoxetinei, care este unul dintre tratamentele pentru depresie și anxietate la copii, adolescenți și tineri, atâta timp cât tratamentul este strict monitorizat. Fluoxetina și multe alte antidepresive s-au dovedit eficiente și la populația adultă, așa că susținem utilizarea lor și la persoanele peste douăzeci și patru de ani. Datele arată însă că o combinație de psihoterapie, îndeosebi terapie cognitiv-comportamentală, și medicamente antidepresive este tratamentul cel mai eficient, cu efect de durată și sigur.

### **Lecturi recomandate**

Gupta, S., Gersing, K.R., Erkani, A. & Tal, B. (2015), Antidepressant regulatory warnings, prescription patterns, suicidality and other aggressive behaviors in major depressive disorder and anxiety disorders. *Psychiatric Quarterly*, 86, 1–14.

Hammad, T.A., Laughren, T. & Racoon, J. (2006), Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs, *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 332–339.

Healy, D. (2004), *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*, New York: New York University Press.

---

\*\*\*\*\*

Acronimul titulaturii în limba engleză a acestei instituții din Statele Unite: *Food and Drug Administration* (N.t.)

# 14

## Adevărul despre terapia cu electroșocuri

Un pacient gălăgios de pe secția de psihiatrie este adus într-o cameră și legat de o targă. Este pedepsit pentru sfidarea autorității sadicei asistente-șefe. După ce e întins pe targă, rămânând complet treaz, psihiatrul și alți membri ai personalului îi pun electrozi pe ambele părți ale capului și declanșează un curent rapid de electricitate. Câțiva infirmieri îl țin pe pacient în timp ce el se zbate de durere, se luptă incontrolabil și cade în amorțeală.

Această scenă din filmul de Oscar din 1975, *Zbor deasupra unui cuib de cuci*, cu Jack Nicholson în rolul pacientului rebel, a modelat probabil percepțiile publicului general cu privire la terapia electroconvulsivă (TEC), având o influență mult mai mare decât orice descriere științifică. Drept rezultat, mulți

oameni obișnuiți privesc terapia cu electroșocuri ca pe o procedură periculoasă, barbară chiar. Totuși, cele mai multe date sugerează că, atunci când este corect administrată, terapia cu electroșocuri este un tratament de ultimă instanță relativ sigur și adesea benefic în cazuri de depresie severă, precum și în alte boli mentale.

## Concepții distorsionate de filme

*Zbor deasupra unui cuib de cuci* nu este singura sursă din cultura populară în care terapia cu electroșocuri are parte de o portretizare negativă. Într-un sondaj din 2001 realizat cu privire la 24 de filme care prezintă această tehnică, psihiatrii Andrew McDonald, de la Universitatea Sydney, și Garry Walter, de la Northern Sydney Central Coast Health din New South Wales, au raportat că descrierile terapiei cu electroșocuri sunt de obicei peiorative și inexacte. În cele mai multe cazuri, terapia cu electroșocuri apare ca și cum ar fi administrată fără consimțământul pacienților și adesea ca pedeapsă pentru nesupunere. Tratamentul este în mod tipic aplicat unor pacienți complet conștienți și înspăimântați. Ulterior aplicării șocurilor, pacienții în general cad într-o stare de incoerență, ca niște zombi. În 6 dintre filmele analizate, pacienții devin în mod pregnant mai bolnavi sau mor.

Probabil ca rezultat al acestor portretizări, publicul general are atitudini negative față de

terapia cu electroșocuri. Într-un sondaj din 2012, realizat pe 165 de studenți la Psihologie, care se presupune că sunt mai informați decât majoritatea populației cu privire la terapiile bolilor mentale, psihologele Annette Taylor și Patricia Kowalski, de la Universitatea San Diego, au descoperit că 74% au fost de acord că terapia cu electroșocuri este fizic periculoasă. Iar un sondaj din 2006, realizat pe un eșantion de 1 737 de cetățeni elvețieni și condus de psihologul Christoph Lauber, pe atunci la Spitalul Universitar Psihiatric din Zürich, a dezvăluit că 57% dintre respondenți percepeau terapia cu electroșocuri ca fiind dăunătoare; doar 1,2% dintre participanți au susținut utilizarea ei.

## Riscuri minime

Terapia cu electroșocuri, colocvial denumită „terapia de șoc”, a fost introdusă în 1938 de neurologii italieni Ugo Cerletti și Lucio Bini, ca tratament pentru psihoză. (Se pare că ideea i-a venit lui Cerletti după ce a observat că vacile supuse unor electroșocuri înainte de a fi sacrificate intrau într-o stare de sedare.) Tratatamentul este simplu: pe capul pacientului sunt atașați niște electrozi între care circulă un curent electric, provocând schimbări în chimia și activitatea creierului.

Înainte de jumătatea anilor 1950, această intervenție era adesea periculoasă, ceea ce justifică întrucâtva percepția publică negativă.

Pe atunci pacienții nu erau adormiți în timpul terapiei cu electroșocuri. Șocul producea convulsii, care aveau deseori ca rezultat fracturi ale oaselor, din cauza zbaterilor corpului. În fond, atunci când era corect administrată, terapia cu electroșocuri inducea o criză convulsivă; astfel, mulți cercetători susțin că o astfel de criză este necesară pentru ca procedura să funcționeze.

În prezent, în Statele Unite și în alte țări occidentale, pacienților li se administrează terapie cu electroșocuri în conjuncție cu un relaxant muscular și cu un anestezic general, ambele fiind administrate pentru a reduce activitatea musculară în timpul crizei și a scădea disconfortul general. Ca urmare, chiar dacă pacienții încă mai trec printr-o criză convulsivă, ei sunt inconștienți în timpul procedurii și nu experimentează dureri sau convulsii observabile. Pentru siguranță, în timpul aplicării terapiei cu electroșocuri, sunt monitorizate undele cerebrale ale pacientului, precum și celelalte semne vitale.

Aceste progrese au făcut ca terapia cu electroșocuri să fie mult mai sigură și mai puțin înspăimântătoare decât era cândva. Într-un sondaj realizat în 1986 pe 166 de pacienți care au fost tratați cu electroșocuri, psihiatrii C.P.L. Freeman și R.E. Kendell, de la Universitatea din Edinburgh, au constatat că 68% dintre pacienți au raportat că experiența nu a fost mai supărătoare decât o vizită la



dentist. Pentru ceilalți, terapia cu electroșocuri a fost mai neplăcută decât stomatologul, dar nu a fost dureroasă.

Totuși, acest tratament nu este lipsit de riscuri. În unele țări, medicii administrează terapia cu electroșocuri în moduri destul de asemănătoare cu cele din era anterioară anilor 1950. Într-un studiu de sinteză din 2010, psihiatrul Worrawat Chanpattana, de la Spitalul Samitivej Srinakarin din Bangkok, și colegii săi au constatat că 56% dintre pacienții din 14 țări asiatice au primit terapie cu electroșocuri fără relaxant muscular sau fără anestezic. Iar terapia cu electroșocuri administrată la întâmplare are dezavantaje. De obicei, în astfel de cazuri, pacienții ies din criza convulsivă având o dezorientare temporală. Mai grav, cei mai mulți dintre pacienți experimentează ulterior o amnezie retrogradă: nu își mai amintesc multe dintre evenimentele care s-au întâmplat cu câteva săptămâni sau luni înainte de tratament.

Pierderea de memorie este mai puțin pronunțată atunci când electrozii sunt plasați pe o singură parte a capului decât pe ambele părți. Iar tehnologiile dezvoltate în ultimii ani, inclusiv aparatele cu pulsații, care permit calibrarea fină a dozelor de electricitate, minimizează gradul amneziei. Totuși, această procedură poate fi oricând însoțită de unele probleme de memorie. În puls, unele studii oferă indicii că terapia cu electroșocuri poate duce, în cazuri rare, la deficite cognitive de

durată, dincolo de problemele de amnezie retrogradă; totuși, datele care susțin posibilitatea acestui efect sunt departe de a fi definitive.

## Mecanisme misterioase

Date fiind efectele adverse asupra memoriei, terapia cu electroșocuri trebuie să fie luată în considerare doar după ce alte tratamente au eșuat. Totuși, o mare parte dintre studiile făcute sugerează că terapia cu electroșocuri poate fi eficientă în ameliorarea simptomelor câtorva boli mentale, incluzând aici depresia severă și faza maniacală din tulburarea bipolară. De asemenea, pare să amelioreze catatonia (o afecțiune marcată de anomalii izbitoare ale motilității, precum rămânerea în poziția fetală sau repetarea aceluiași gest la nesfârșit), manifestare care poate însoți schizofrenia și tulburarea bipolară.

Acceptarea acestei intervenții ar putea fi mai puternică dacă cercetătorii ar determina de ce funcționează. Conform unui studiu de sinteză din 2011, psihiatrul Tom Bolwig, de la Spitalul Universitar din Copenhaga, a observat că terapia cu electroșocuri mărește secreția anumitor hormoni, care în depresie este întreruptă. Alții sugerează că electricitatea stimulează creșterea neurală și ajută la reconstrucția ariilor cerebrale care ne protejează împotriva depresiei. O a treia

ipoteză ar fi că, prin aceste crize, se resetează la nivel bazal activitatea creierului, ceea ce adesea aduce ameliorări, conchide Bolwig.

De asemenea, terapia cu electroșocuri poate ameliora boala prin modificarea sensibilității receptorilor de neurotransmițători, precum serotonina (vezi capitolul 10 din acest volum). Niciuna dintre aceste ipoteze însă nu a fost încă validată de cercetări convingătoare. Pe măsură ce aflăm mai multe despre această intervenție, în mare măsură încă neînțeleasă, îi vom putea rafina metodele de administrare și îi vom reduce efectele negative. Chiar în forma sa curentă, însă tratamentul este foarte departe de pedeapsa barbară portretizată în media. Ca urmare, în multe cazuri, această intervenție merită să fie luată în considerare atunci când suferința psihică nu a putut fi ușurată de celelalte metode.

### **Lecturi recomandate**

Dukakis, K. & Tye, L. (2006), *Shock: The healing power of electroconvulsive therapy*, New York: Avery Publishing Group.

McDonald, A. & Walter, G. (2009), Hollywood and ECT, *International Review of Psychiatry*, 21(3), 200–206.

# Partea a III-a

**Tulburări ale copiilor și  
adolescenților**

# Introducere

În 2013, *DSM-5* a introdus o nouă clasă de diagnostic denumită tulburări de neurodezvoltare, care încep de obicei în copilărie, adesea înainte ca micuții să intre la școala primară. Aceste probleme continuă pe parcursul adolescenței și adesea la maturitate. În această categorie sunt incluse tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, tulburarea de spectru autist, tulburările motorii, inclusiv sindromul Tourette, și probleme de dezvoltare intelectuală, învățare și comunicare. Probleme specifice copiilor apar în multe alte locuri din *DSM*. Copiii și adolescenții pot fi diagnosticați cu tulburări anxioase, de dispoziție și de comportament alimentar, precum și cu tulburări de comportament disruptiv, de control al impulsului și de conduită. În această secțiune, vom examina miturile privind unele dintre aceste dificultăți psihice.

Cei mai mulți oameni, în special părinții, au auzit de termenul „tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate” (ADHD<sup>\*\*\*\*\*</sup>). Copiii sau adolescenții care primesc acest diagnostic sunt în mod persistent neatente și/sau în mod constant hiperactivi sau o combinație a celor două. Simptomele tipului predominant neatent includ distractibilitatea, dezorganizarea, uitarea, în timp ce simptomele pentru tipul

hiperactiv includ activitatea exagerată, impulsivitatea, agitația și incapacitatea de a aștepta. La indivizii cu ADHD, simptomele pentru cele două categorii interferează cu performanța școlară, precum și cu relațiile cu alți copii de aceeași vârstă, dar și cu adulții.

Principalele trăsături ale tulburării din spectrul autismului, anterior denumită autism, sunt problemele grave de comunicare și interacțiune socială, alături de tiparele repetitive de comportament, interese și activități. Spectrul se întinde de la forme ușoare, care anterior erau subsumate sub diagnosticul de sindrom Asperger, până la autismul sever. Un film din 1988, care i-a făcut pe mulți oameni să conștientizeze existența acestei tulburări, a fost *Rain Man*, în care Dustin Hoffman a jucat rolul unui bărbat cu autism sever, inspirat după o persoană reală, Kim Peek (poreclit „Kimcomputer“ datorită memoriei sale remarcabile pentru date statistice, cum ar fi numărul de lovituri reușite ale vedetelor din liga de baseball). Cu toate că unul dintre consultanții care au ajutat la dezvoltarea acestui rol a fost un psiholog eminent, Bernard Rimland, portretizarea din film a creat probleme în legătură cu modul în care publicul a perceput această tulburare.

Mai târziu, Rimland avea să spună că el a creat rolul unui personaj cu autism sever, deci al unei persoane care acum ar fi diagnosticată la polul accentuat al spectrului autismului. În acest fel, în mod neintenționat, a creat un

stereotip al persoanelor cu autism, care sunt înfățișate ca prezentând dificultăți interpersonale și purtându-se ca niște ciudați. Dar autismul poate să aibă și forme ușoare și mulți oameni de la capătul inferior al spectrului sunt înalt funcționali. Dan Akroyd, un brilliant actor, scriitor și comediant, a fost diagnosticat atât cu tulburare din spectrul autismului, cât și cu tulburare Tourette. Unul dintre simptomele autismului este preocuparea pentru fantome. Acest lucru a inspirat filmul *Ghostbusters (Vânătorii de fantome)*, la care a fost coscenarist și în care a jucat unul dintre personajele principale (dar nu una dintre fantome). Tulburarea Tourette este clasificată ca o tulburare motorie și presupune ticuri corporale și vocale. Un tic este o mișcare motorie sau o vocalizare bruscă, rapidă, recurentă.

O întrebare extrem de controversată este dacă și copiii pot suferi de tulburare bipolară (vezi descrierea acestui diagnostic în Introducerea de la Partea a II-a). O altă arie controversată privește eficacitatea metodelor de predare la clasele de adolescenți a unor lecții cu privire la consumul de droguri și a metodei „spune nu drogurilor”.

În această secțiune, vom arunca o privire mai atentă asupra acestei probleme, dar și asupra altor teme legate de tulburările psihice care apar la copii și adolescenți.

- Tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate este oare diagnosticată sau tratată în mod excesiv?
- A crescut prevalența autismului în mod dramatic?
- Majoritatea copiilor cu sindrom Tourette înjură?
- Problemele de comportament ale persoanelor cu sindrom Tourette sunt voluntare sau sunt cauzate de problemele lor psihice?
- Persoanele cu sindrom Tourette vor fi incapacitate în mod permanent din cauza tulburării lor?
- La copii, tulburarea bipolară este rară sau inexistentă?
- Divorțul le cauzează aproape întotdeauna probleme grave sau de durată copiilor?
- Abordările de tipul „disciplinei de fier“ îi ajută pe infractorii juvenili?

---

\*\*\*\*\* În limba română este consacrat acronimul denumirii englezești: *Attention Deficit/Hiperactivity Disorder*. (N.t.)



# 15

## **Există prea mulți copii diagnosticați cu ADHD?**

O carte pentru copiii germani din 1845 de Heinrich Hoffman îl prezenta pe Petrică Ciuf-Zbârlit, un băiat care era atât de neastâmpărat, încât, când lua masa, se hâțâna pe scaun încolo și-ncoace, ca ieșit din minți. Odată, agățându-se de fața de masă, a tras jos toate farfuriile. Dar abia în 1902 un pediatru britanic, George Frederic Still, a descris ceea ce numim acum tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD). De la Still până astăzi, tulburarea a trecut printr-o mulțime de denumiri, inclusiv impulsivitate organică, sindrom hiperkinetic, tulburare de deficit de atenție — cea mai recentă formă fiind: tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate.

În ciuda acestei îndelungate istorii, diagnosticul și tratamentul ADHD la copiii de

astăzi cu greu ar putea fi mai controversate decât sunt. În programul său de televiziune din 2004, Phil McGraw („Dr. Phil”) era de opinie că ADHD „este supradiagnosticată”, iar un sondaj din 2005, realizat de psihologii Jill Norvilitis, de la Universitatea SUNY din Buffalo, și Ping Fang, de la Capital Normal University din Beijing, a dezvăluit că în Statele Unite 82% dintre profesori și 68% dintre studenți sunt de acord că „ADHD este supradiagnosticată în zilele noastre”. Conform multor critici, această supradiagnosticare aduce la lumină fenomenul tratării cu medicamente a comportamentului normal și recomandarea pripită a pilulelor în locul dezvoltării de abilități — precum a-i învăța pe copii modalități mai bune de a face față stresului.

Dar, cu toate că datele indică, cel puțin parțial, o supradiagnosticare, mai ales la băieți, dimensiunea acestei probleme este neclară. De fapt, dovezile, cu unele excepții notabile, par să susțină mai degrabă tratarea insuficientă (și nu tratarea excesivă) a tulburărilor de atenție/hiperactivitate.

## Medicație pentru normalitate

Manualul de diagnostic al Asociației Americane de Psihiatrie, *DSM-5*, descrie două seturi de indicatori pentru ADHD: lipsa de atenție (copilul este distras cu ușurință), respectiv hiperactivitatea (se foiește mult, de exemplu)

sau impulsivitatea (copilul răspunde prea rapid, în mod impulsiv). Copilul trebuie să prezinte cel puțin șase dintre cele nouă simptome enumerate de *DSM-5*, timp de cel puțin o jumătate de an, din ambele categorii — neatenție și hiperactivitate/impulsivitate. În plus, cel puțin unele dintre probleme trebuie să fie prezente înainte de vârsta de doisprezece ani și să producă dezechilibre în cel puțin două arii diferite, de exemplu, la școală și acasă. Studiile sugerează că circa 5% dintre copiii de vârstă școlară au ADHD; tulburarea este diagnosticată cam de trei ori mai mult la băieți decât la fete.

Mulți specialiști acuză că ADHD ar fi masiv supradiagnosticată, reflectând o „medicalizare” a unor dificultăți ale copilăriei care în mare parte sunt normale, cum ar fi foiala, plictiseala și nerăbdarea. Cu toate acestea, nu prea are sens să vorbim despre supradiagnosticarea ADHD dacă nu știm care sunt criteriile precise prin care puteam evalua prezența ADHD. Iar datele sugerează că nu există o delimitare clară între normalitate și boală. Într-un studiu publicat în 2011, psihologii David Marcus, acum la Universitatea Statului Washington, și Tammy Barry, de la Universitatea South Mississippi, au evaluat simptomele ADHD la un grup mare de copii de clasa a III-a. Analizele lor au demonstrat că diferența între această tulburare și normalitate este doar una de grad, nu de natură.

Totuși, multe dintre condițiile medicale bine-cunoscute, precum hipertensiunea și diabetul de tip 2, sunt tot niște extreme de pe un continuum care include întreaga populație. Ca urmare, întrebarea mai relevantă este dacă medicii îi diagnostichează frecvent cu ADHD pe copiii care nu îndeplinesc criteriile medicale specificate de *DSM-5*.

Unele dintre studii indică faptul că uneori se pun astfel de diagnostice eronate, deși magnitudinea fenomenului nu este clară. În 1993, Albert Cotugno, psiholog practician din Massachusetts, a raportat că doar 22% dintr-un număr de 92 de copii cărora li s-a recomandat să meargă la o clinică specializată în ADHD îndeplineau în realitate criteriile pentru această tulburare, în urma unei evaluări care a arătat că mulți copii trimiși pentru tratament nu aveau această tulburare, așa cum este ea formal definită. Cu toate acestea, rezultatele nu sunt concludive, deoarece nu se cunoaște câți dintre tineri au primit un diagnostic oficial, iar grupul evaluat a provenit doar de la o singură clinică.

Într-un mod mai clar, dar mai puțin dramatic, putem găsi dovezi ale supradiagnosticării într-un studiu din 2012 în care cercetătoarea în psihologie Katrin Bruchmüller, de la Universitatea Basel, și colegii săi au constatat că, atunci când le erau prezentate cazuri de copii care nu îndeplineau criteriile pentru diagnosticul ADHD din *DSM-V*, circa 17% dintre cei 1 000 de specialiști în

sănătate mentală chestionați îi diagnostica în mod greșit pe copii ca având ADHD. Aceste erori erau frecvente în special la băieți, poate din cauză că ei adesea se potrivesc stereotipurilor clinicienilor cu privire la copiii cu tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate. (Pe de altă parte, unii cercetători susțin că ADHD este prea puțin diagnosticată la fete, care adesea au simptome mai subtile, precum căderea în reverie și înclinația spre fantazare.)

## Negustori de pastile?

Rapoarte publicate cu privire la utilizarea substanțelor stimulante pentru tratarea ADHD datează încă din anul 1938. Dar în 1944, chimistul Leandro Panizzon, care lucra pentru CIBA, predecesoarea firmei Novartis, a sintetizat un medicament stimulant pe care l-a denumit în onoarea soției sale, Marguerite, al cărei nume de alint era Rita. Ritalinul (metilfenidatul) și alte stimulante — precum Adderall, Concerta și Vyvanse — sunt acum tratamente standard; de asemenea, utilizat pe larg, pentru ADHD, este și Strattera, un nonstimulant. Circa 80% dintre copiii diagnosticați cu ADHD prezintă ameliorări ale atenției și controlului impulsului atunci când își iau medicamentele, dar nu și după ce efectele acestora se risipesc. Totuși, stimulantele au uneori efecte secundare, precum insomnie, pierdere ușoară în greutate

și o ușoară oprire a creșterii în înălțime. Sunt, de asemenea, eficace, în multe cazuri, tratamentele comportamentale de recompensare a copiilor când stau liniștiți, își mențin atenția sau se angajează în activități adecvate.

Multe surse media raportează că stimulantele sunt prescrise pe scară largă pentru copii care nu suferă de ADHD. Așa cum au observat farmacologul olandez Willemijn Meijer, de la Institutul PHARMO din Utrecht, și colegii săi într-un studiu de sinteză din 2009, în Statele Unite, eliberarea de rețete pentru stimulante pentru copii a crescut, ca număr, de la 2,8% la 4,4% între anii 2000 și 2005. Totuși, cele mai multe date sugerează că ADHD rămâne adesea netratată, cel puțin dacă pornim de la prezumția că toți copiii cu acest diagnostic ar trebui ca să primească stimulante. Psihiatrul Peter Jensen, pe atunci la Universitatea Columbia, observa într-un articol din anul 2000 că datele de la jumătatea anilor 1990 demonstrau că, deși circa trei milioane de copii din Statele Unite îndeplineau criteriile pentru ADHD, doar două milioane primeau o rețetă de stimulante de la medic.

Totuși, probabil că percepția că medicamentele stimulante sunt excesiv prescrise și administrate în exces are și un miez de adevăr. Datele colectate în anul 1999 de către psihologa Gretchen LeFever, pe atunci de la Facultatea de Medicină Eastern Virginia, indicau zone geografice de supraprescripție. În

sudul Virginiei, 8–10% dintre copiii de clasele a II-a până la a V-a primeau tratament cu stimulante, în condițiile în care, pentru acea regiune, procentul de copii cu ADHD era de așteptat să fie de 5. Mai mult, un număr tot mai mare de persoane care au puține probleme de atenție sau deloc — cum ar fi studenții care încearcă să stea treji și alerti ca să învețe — folosește stimulante, așa cum arată studiile aflate în desfășurare. Cu toate că daunele pe termen lung ale acestor stimulante în rândul elevilor sunt neclare, ele prezintă risc de adicție.

## O privire în viitor

Ediția nouă a *Manualului de diagnostic, DSM-5*, care a apărut în 2013, a extins diagnosticul de tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate față de ediția anterioară (*DSM-IV*), specificând o proporție mai mică de simptome, din total, care trebuie îndeplinite pentru punerea diagnosticului și ridicând vârsta de debut de la 7 la 12 ani. Într-un comentariu din 2012, psihologa Laura Batstra, de la Universitatea Groningen, Olanda, și psihiatrul Allen Frances, de la Universitatea Duke, au exprimat îngrijorări cu privire la faptul că aceste modificări vor duce la creșteri eronate ale diagnosticelor de tulburări de deficit de atenție/hiperactivitate. Indiferent dacă previziunile lor se adevăresc sau nu, problema

diagnosticării ADHD sigur va stârni o nouă furtună de controverse cu privire la clasificarea și tratamentul acestei tulburări.

### **Lecturi recomandate**

Bruchmüller, K., Margraf, J. & Schneider, S. (2012), Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 128–138.



# 16

## Autismul

### O epidemie?

Dacă cifra „1 din 68” vă sună familiar, poate este din cauză că ați auzit recent o reclamă la televizor sau ați citit un anunț în vreo revistă. Conform unor estimări larg răspândite, 1 din 68 este acum proporția copiilor care suferă de autism. Această proporție este uimitor de înaltă în comparație cu cifra de 1 din 2 500 acceptată cu decenii în urmă de specialiștii în autism. Pe parcursul a zece ani, din 1993 până în 2003, statisticile publicate de Departamentul pentru Educație al Statelor Unite au dezvăluit o creștere cu 657% a ratei cazurilor de autism la nivel național, oficial denumit în prezent tulburare din spectrul autismului.

Deloc surprinzător, aceste creșteri năucitoare i-au făcut pe mulți cercetători și

educatori să vorbească despre o „epidemie“ de autism. Reprezentantul statului Indiana, Dan Burton, declara în 2001 că „avem de-a face cu o epidemie“. Dar ce se întâmplă în realitate?

Înainte de a explora răspunsul la această întrebare, este necesar să precizăm contextul. Autismul este o tulburare gravă, care apare prima dată în copilăria mică. Indivizii cu autism sunt afectați de probleme de limbaj, conexiune socială și imaginație. Cu toții suferă de deficite grave de comunicare, iar unii sunt muți. Nu stabilesc relații apropiate cu alți oameni, preferând să rămână în propria lor lume mentală. Se angajează în activități înalt stereotipizate și repetitive, prezentând o marcată aversiune față de schimbare. Cam două treimi dintre indivizii autiști sunt marcați de deficit intelectual, anterior cunoscut sub denumirea de retard mental. Din motive care rămân necunoscute, cei mai mulți sunt de sex masculin.

Cauzele autismului rămân enigmatice, deși studiile realizate pe gemeni sugerează că factorii genetici joacă un rol proeminent. Totuși, doar influențele genetice nu pot explica această creștere rapidă, astronomică a prevalenței tulburării într-o perioadă de doar câțiva ani.

În consecință, pentru a găsi posibilele explicații, cercetătorii și-au îndreptat atenția către factorii de mediu. Printre agenții cauzali propuși se numără antibioticele, virușii, alergiile, oportunitățile crescute pentru ca

părinți cu trăsături autiste ușoare să se întâlnească și să formeze cupluri și, într-un studiu recent realizat de cercetătorii de la Universitatea Cornell, ratele crescute ale privitului la televizor la copiii foarte mici. Câteva dintre aceste explicații au fost investigate sistematic, dar toate rămân încă la nivel de speculație.

## Vaccinurile sunt de vină?

Totuși, există un factor din mediu care a primit partea leului în ceea ce privește atenția cercetătorilor: vaccinurile. La început timid, vaccinurile păreau să fie un candidat plauzibil ca sursă a epidemiei. Simptomele debilitante ale autismului devin tipic vizibile după vârsta de doi ani, nu la mult timp după ce copiii sunt vaccinați contra mai multor boli. Într-adevăr, mulți părinți susțin că la scurt timp după vaccinare copiii lor au dezvoltat autism fie după o serie de vaccinuri contra rujeolei, oreionului, și rubeolei, așa-numitul vaccin ROR, fie după administrarea unor vaccinuri care conțin thimerosal, un conservant ce conține mercur.

Mare parte a scandalului din jurul legăturii dintre vaccin și autism a fost alimentată de o cercetare larg popularizată realizată pe 12 copii și publicată în 1998 de gastroenterologul britanic Andrew Wakefield și colegii săi. Studiul a arătat că simptomele de autism au apărut la scurt timp după ce copiii au primit

vaccinul ROR. (Zece dintre cei treisprezece coautori ai studiului au publicat ulterior retractări ale concluziilor articolului.) Interesul public cu privire la legătura vaccin-autism a fost accentuat în continuare de cartea intitulată provocator *Evidence of Harm* [Dovada daunei], apărută la editura St. Martin's Press, 2005. Scrisă de jurnalistul de investigație David Kirby, cartea a fost prezentată pe larg în emisiunea postului NBC *Meet the Press*.

Totuși, cercetări recente au infirmat mult-hulita legătură dintre vaccinuri și autism. Rezultatele câtorva studii americane, europene și japoneze demonstrează că, deși rata vaccinării cu ROR a rămas constantă sau a scăzut, rata diagnosticului de autism a crescut. În plus, chiar și după ce guvernul danez a oprit administrarea vaccinurilor conținând thimerosal, ratele autismului au continuat să crească. Aceste studii și altele, sintetizate de Institutul de Medicină din SUA, sugerează că există puține dovezi care să susțină că vaccinurile cauzează autism. Este posibil ca vaccinurile să declanșeze autismul la un subgrup foarte mic de copii, dar, și dacă este așa, acest subgrup nu a fost încă identificat.

## Schimbarea criteriilor de diagnostic

Ca și cum lucrurile n-ar fi deja destul de confuze, există motive serioase pentru a pune sub semnul întrebării existența ca atare a unei epidemii de autism. Vaccinurile vinovate de

autism ar putea fi ceea ce oamenii de știință numesc „o explicație care își inventează obiectul de studiu“. Așa cum observau psihologii de la Universitatea Wisconsin-Madison, Morton Ann Gernsbacher și H. Hill Goldsmith, împreună cu cercetătoarea Michelle Dawson, de la Universitatea Montreal, într-un studiu de sinteză din 2005, există o explicație alternativă deseori trecută cu vederea a acestei epidemii: schimbarea procedurii de diagnosticare. Pe parcursul timpului, criteriile pentru diagnosticul de autism au devenit tot mai laxe, ducând la etichetarea unor indivizi doar ușor afectați, ca fiind autiști.

Într-adevăr, versiunea din 1980 a *Manualului de diagnostic al Asociației Americane de Psihiatre (DSM-III)* cerința era ca indivizii să îndeplinească șase din șase criterii pentru a pune un diagnostic de autism. Dimpotrivă, versiunea din 1994 (*DSM-IV*), care este în uz în prezent, reclamă ca indivizii să îndeplinească 8 din 16 criterii. Mai mult, dacă *DSM-III* conținea doar două diagnostice relevante pentru autism, *DSM-IV* conține cinci astfel de diagnostice, inclusiv sindromul Asperger, pe care cei mai mulți cercetători îl privesc ca pe o variantă înalt-funcțională a autismului. *DSM-5*, publicat în 2013, a combinat aceste diagnostice, inclusiv sindromul Asperger, într-o categorie mai largă a așa-numitei tulburări din spectrul autismului și a făcut mai laxe condițiile de diagnosticare. Totuși, impactul pe termen lung al acestor

schimbări la nivel de diagnosticare asupra prevalenței autismului rămâne încă să fie determinat.

Modificările legislative pot, de asemenea, să joace un rol semnificativ. Așa cum observau Gernsbacher și colegii săi, o versiune modificată a Legii privind educația persoanelor cu dizabilități, aprobată de Congres în 1991, le cerea inspectoratelor școlare să publice statistici precise ale copiilor cu dizabilități.

Această lege a dus la creșteri bruște ale cifrelor raportate pentru copiii cu autism. Oricum, aceste cifre nu sunt bazate pe diagnostice de autism atent stabilite, nici pe eșantioane reprezentative pentru populația largă. În consecință, cercetătorii care se bazează pe „estimări din surse administrative”, care provin din datele guvernamentale colectate de la școli, vor ajunge la concluzii eronate cu privire la prevalența autismului. Ei ar trebui, dimpotrivă, să se bazeze pe „estimări realizate pe populație”, care sunt dezvoltate prin sondaje fiabile statistic și reprezentative pentru cazurile de autism înregistrate în rândul populației generale.

O contribuție suplimentară la creșterile raportate o poate avea „efectul Rain Man”, anume creșterea familiarizării publicului cu autismul ca urmare a filmului din 1988, premiat cu Oscar și avându-i în rolurile principale pe Dustin Hoffman și Tom Cruise.

## Cifrele analizate

Două studii susțin afirmațiile conform cărora epidemia de autism ar fi mai degrabă iluzorie decât reală. Mai întâi, în 2005, psihiatrii Suniti Chakrabarti (Centrul pentru Dezvoltarea Copilului din Stafford, Anglia) și Éric Fombonne (Universitatea McGill) au condus o cercetare care a folosit valori riguroase, bazate pe populația reală, pentru a urmări prevalența diagnosticului de autism din 1992 până în 1998, pe un eșantion de peste 10 000 de copii care trăiau în aceeași zonă a Angliei. Ei nu au găsit niciun fel de date care să susțină o schimbare a prevalenței, ceea ce sugerează că, atunci când cercetătorii păstrează aceleași criterii de diagnostic pentru autism, ratele de diagnostic nu se schimbă în timp.

Apoi un articol publicat în anul 2006 de psihologul Paul Shattuck, de la Universitatea Wisconsin–Madison, a identificat o „substituire de diagnostic”: în paralel cu creșterea ratelor de diagnosticare a autismului, din 1994 până în 2003, au scăzut ratele de diagnosticare a retardului mental și a dizabilităților de învățare. Această descoperire crește posibilitatea ca „bazinul” general de copii cu trăsături de tipul autismului să fi rămas constant, dar diagnosticele specifice referitoare la aceeași categorie de populație să-și fi inversat locurile.

Este încă prea devreme să excludem posibilitatea creșterii prevalenței autismului, dar este puțin probabil ca această boală să crească așa de mult cum sugerează o serie de specialiști. Așa cum zicea cândva regretatul sociolog Marcello Truzzi, de la Universitatea Eastern Michigan, afirmațiile extraordinare necesită dovezi extraordinare. A susține că există o epidemie de autism este într-adevăr o afirmație extraordinară. Totuși, dovezile aduse în susținerea acestei aserțiuni lasă mult de dorit.

### **Lecturi recomandate**

Fombonne, E. (2003), The prevalence of autism, *Journal of the American Medical Association*, 289(1), 87–89.

Gernsbacher, M.A., Dawson, M. & Goldsmith, H.H. (2005), Three reasons not to believe in an autism epidemic, *Current Directions in Psychological Science*, 14, 55–58.

Herbert, J.D., Sharp, I.R. & Gaudiano, B.A. (2002), Separating fact from fiction in the etiology and treatment of autism: A scientific review of the evidence, *Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(1), 23–43.

Institute of Medicine (US). Immunization Safety Review Committee (2004), *Immunization safety review: Vaccines and autism*, Washington, DC: National Academies Press.



# 17

## Ce știm despre tulburarea Tourette?

Pe 22 mai 2001, renumita realizatoare de dezbateri radiofonice Laura Schlessinger, cunoscută sub numele de Dr. Laura, a primit un apel de la o femeie tulburată de decizia surorii ei de a nu-l invita pe nepotul lor la o nuntă ce urma să aibă loc în familie. Când apelanta a menționat că băiatul suferea de tulburarea Tourette (uneori denumită și sindromul Tourette), Dr. Laura a muștrătat-o chiar și pentru gândul că ar fi potrivit să invite acolo un copil care ar fi „strigat obscenități în mijlocul ceremoniei“. Așa cum vom explica îndată, comentariile făcute de Dr. Laura reprezintă doar unul dintre miturile comune cu privire la Tourette.

Tulburarea Tourette este denumirea eponimă a condiției descrise formal pentru prima dată în 1885 de către neurologul francez Georges Gilles de la Tourette, care a numit-o și *maladie*

*des tics* („boala ticurilor“). Conform ediției curente a *Manualului de diagnostic al Asociației Americane de Psihiatrie*, tulburarea Tourette este marcată de un istoric de ticuri motorii (mișcări) și de ticuri vocale (sunete).

Ticurile motorii includ clipitul, grimasele faciale, scoaterea limbii, întoarcerea capului și ridicarea din umeri, în timp ce ticurile vocale cuprind grohăitul, tusea, țipetele cu cuvinte inadecvate și chiar lătratul. Unele ticuri sunt „complexe“, adică sunt coordonate chiar serii întregi de acțiuni. De exemplu, un pacient cu Tourette poate să apuce încontinuu obiecte și să le miroasă sau să repete ceva ce tocmai a spus altcineva (ecolalie). Adesea un tic este precedat de un „impuls premonitor“, adică de o dorință puternică de a emite ticul, pe care unii au asemănat-o cu senzația pe care o avem înaintea unui strănut. Pacienții Tourette raportează de obicei ameliorări pe termen scurt ca urmare a efectuării ticului.

În general, tulburarea Tourette apare în jurul vârstei de șase sau șapte ani, ticurile motorii apărând de obicei înaintea ticurilor vocale. În rare cazuri, tulburarea dispare la maturitate. Datele sugerează că poate fi prezentă la 1 până la 3 din 1 000 de copii, fiind afectați circa de 3 până la 4 ori mai mulți băieți decât fete.

## Mit și realitate

Așa cum demonstrează incidentul cu Dr. Laura, tulburarea Tourette este subiectul unor preconcepții populare; vom examina patru dintre cele mai răspândite.

**Preconcepția 1:** *Toți pacienții cu Tourette înjură.* Într-un sondaj realizat în rândul studenților de la Universitatea San Diego, psihologele Annette Taylor și Patricia Kowalski au constatat că 65% susțin această viziune. În realitate, coprolalia, folosirea înjurăturilor, și copropraxia, folosirea gesturilor obscene, apar doar la o minoritate — probabil în jur de 10% până la 15% dintre pacienții cu tulburare Tourette. Dar pentru că aceste simptome sunt atât de frapante, ele rămân puternic imprimare în memoria observatorilor. De asemenea, primesc și cea mai mare parte din atenția mass-media, așa cum s-a întâmplat într-un episod din 2002 al comediei *Curb Your Enthusiasm*<sup>\*\*\*\*\*</sup>, care prezintă un bucătarșef cu tulburare Tourette, ce înjură incontrollabil în fața clienților.

**Preconcepția 2:** *Simptomele tulburării Tourette sunt voluntare.* Întrucât cei care suferă de tulburarea Tourette pot adesea să-și reprime ticurile pentru perioade scurte, unii au tras concluzia eronată că pacienții le efectuează în mod voluntar. De fapt, ei nu au aproape niciun control asupra impulsurilor precedente și nu pot să-și inhibe ticurile prea mult timp, exact

așa cum alte persoane nu prea pot să reziste mult timp până să se scarpine în urma unei mâncărimi. Cu toate că unii cred că reprimarea ticurilor duce la un „recul“ al acestora, dovezile rezultate din studiile de cercetare nu susțin această opinie.

**Preconcepția 3:** *Tulburarea Tourette este cauzată de un conflict psihic subliminal.* Așa cum observa istoricul medicinei Howard Kushner, care activează acum la Universitatea din California, San Diego, ideea că tulburarea Tourette ar fi rezultatul unor factori psihologici de profunzime a fost influentă în psihiatria americană în marea parte a secolului XX. Pe la jumătatea anilor 1980, când era în formare ca specialist, unul dintre autorii cărții, Scott Lilienfeld, a auzit un psiholog spunând că ticurile pacienților cu tulburare Tourette reprezintă descărcări simbolice ale energiilor sexuale refulate. Astăzi știm că tulburarea este în esență de natură genetică. Un studiu din 1985 realizat de R. Arlen Price, pe atunci la Universitatea Yale, și colegii săi a constatat, în cazul gemenilor identici (care împart practic aceleași gene), că, atunci când unul suferă de tulburarea Tourette, aceasta se manifestă, cu o probabilitate de 53%, și în cazul celuilalt geamăn; în schimb, în cazul gemenilor neidentici (care împart cam jumătate dintre gene), doar în 8% dintre cazuri tulburarea Tourette apărea la ambii gemeni. Cu toate acestea, stresul poate crește frecvența ticurilor, astfel că este probabil ca genele să nu ne

spună, de fapt, întreaga poveste. Studiile de imagistică cerebrală realizate pe pacienți cu tulburare Tourette dezvăluie anomalii în ariile de control al motilității, cum sunt ganglionii bazali, un grup de structuri adânc îngropate în interiorul emisferelor cerebrale.

### **Caseta 17.1 Tulburarea Tourette de-a lungul istoriei**

Unii autori susțin că, printre figurile istorice, se numără câteva care este posibil să fi avut tulburarea Tourette: împăratul roman Claudius (din faimosul roman *Eu, Claudius, împărat*) și scriitorul Samuel Johnson. Alții au speculat că și compozitorul Wolfgang Amadeus Mozart a avut Tourette, deși dovezile aici sunt discutabile, constând în mare în sugestia că Mozart ar fi avut înclinația de a profera blasfemii și tendința către hiperactivitate, simptome ce apar de obicei în tulburarea Tourette.

Psihiatrul Arthur K. Shapiro și psihologa Elaine Shapiro, de la Universitatea Cornell, susțin că fata suferindă pe care s-a bazat personajul cărții din 1971 și al filmului de succes din 1973, *Exorcistul*, avea tulburarea Tourette. Potrivit lor, convulsiile, grohăiturile și limbajul profanator au fost greșit interpretate de către observatori, ca fiind semnele posedării demonice.

**Preconcepția 4:** *Cei care suferă de Tourette sunt incapacitați de simptomele lor. Mulți*

indivizi cu tulburare Tourette funcționează cu succes în societate. Mort Doran, un chirurg canadian care are această boală, reușește să-și reprime ticurile în sala de operații; de asemenea, este și pilot amator. Regretatul neurolog Oliver Sacks a scris despre un baterist de jazz care raporta că tulburarea Tourette de care suferea îi întărea performanțele muzicale, prin impregnarea cu energie. Într-adevăr, unii au susținut că tulburarea Tourette ar putea fi mai mult o binecuvântare decât un blestem, poate în parte pentru că această afecțiune îi forțează pe oameni să învețe abilități de control al impulsurilor, pe care puțini dintre noi le ating. Această idee este interesantă, dar este nesusținută științific. Chris Jackson, jucător de baschet în NBA, care și-a schimbat numele în Mahmoud Abdul-Rauf, a zis că sindromul Tourette l-a ajutat să se concentreze cu precizia unei raze laser în timpul aruncărilor. De două ori a fost campion al Ligii la numărul de aruncări libere; în timpul unei singure partide de joc, în 1993, a marcat optzeci și una de aruncări libere consecutive.

## Speranțe pentru suferinzii de Tourette

Nu este cunoscută o cură anume pentru tulburarea Tourette, dar există câteva opțiuni de tratament. S-a constatat în studii că unele medicamente, precum Haldol (denumire generică: haloperidol) și Orap (denumire generică: pimozidă), care blochează acțiunea

neurotransmițătorului dopamină, sunt eficace în reducerea frecvenței și intensității ticurilor. Alte medicamente promițătoare sunt clonidina, care este și un medicament pentru presiunea sangvină, respectiv toxina botulinică, mai bine cunoscută cu numele de Botox. Clonidina inhibă messengerul chimic norepinefrină, despre care unii cercetători susțin că este implicat în tulburarea Tourette. Deși mecanismele de acțiune ale Botoxului în tulburarea Tourette nu sunt cunoscute, se pare că acesta acționează prin blocarea proceselor corporale implicate în ticurile faciale sau de mișcare.

Unele dovezi preliminare sugerează că anumite terapii comportamentale, în special cele de schimbare a obișnuințelor, pot fi de ajutor pentru tulburarea Tourette; nu se cunoaște dacă o combinație între aceste tehnici și medicamente produce un beneficiu suplimentar. Schimbarea obișnuințelor îi învață pe pacienți să devină conștienți de impulsurile premonitorii care preced ticurile și să învețe să practice acțiuni musculare incompatibile cu ticurile lor. De exemplu, pacienții care, în mod repetat, dau din braț cu violență către alte persoane pot învăța să-și îndrepte brațul încet către capul lor, atingându-și ușor părul. Nici această intervenție și nici alte metode nu sunt panacee, dar îi pot ajuta pe unii pacienți cu tulburare Tourette să-și controleze mai bine simptomele deranjante.

## Lecturi recomandate

Chowdhury, U. (2004), *Tics and Tourette syndrome: A handbook for parents and Professionals*, Londra: Jessica Kingsley Publishers.

Kushner, H.I. (1999), *A cursing brain? The histories of Tourette syndrome*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Zinner, S.H. (2004), Tourette syndrome—much more than tics: Moving beyond misconceptions to a diagnosis, *Contemporary Pediatrics*, 21(8), 22–36.

---

\*\*\*\*\**Domolește-ți entuziasmul (N.t.).*



# 18

## **Copiii pot avea tulburare bipolară?**

Imaginați-vă un băiat de opt ani, pe care îl vom numi Eric. Este iritabil și vorbește întruna. Incapabil să stea nemișcat și să se concentreze, are rezultate slabe la școală. Cu toate acestea, el susține că este unul dintre cei mai deștepți copii din lume și dă vina pentru rezultatele școlare slabe pe profesorii „oribili”. Sunt perioade în care dispoziția lui se modifică abrupt, trecând de la euforie la depresie și apoi oscilând înapoi. Simptomele lui Eric îl califică pentru diagnosticul de tulburare bipolară, caracterizată prin episoade de manie în toată regula sau de forme mai slabe, numite hipomanie. Aceste stări de dispoziție alternează de obicei cu perioade de depresie (vezi Caseta 18.1).

Până în jurul anului 1980, specialiștii în sănătate mentală considerau că la copii nu poate apărea tulburarea bipolară. Cu toate că

puțini mai susțin încă această viziune, opinia general răspândită în comunitatea psihiatrică s-a schimbat dramatic în ultimii treizeci de ani, perioadă în care diagnosticarea acestei tulburări la copii a explodat. Într-un studiu publicat în 2007, medicul psihiatru Carmen Moreno, care activa pe atunci la Spitalul General al Universității Gregorio Marañón din Madrid, și colegii ei au descoperit o creștere de 40 de ori, în perioada cuprinsă între 1994 și 2003, a numărului de consultații psihiatrice în care un pacient cu vârsta mai mică de nouăsprezece ani a primit diagnosticul de tulburare bipolară. Deja în 2003, cercetătorii au raportat că numărul consultațiilor care au avut ca rezultat un diagnostic de tulburare bipolară la copii și adolescenți a crescut de la 25 din 100 000 de pacienți, la 1 003 din 100 000, o rată aproape la fel de înaltă ca și cea înregistrată la adulți.

Aceste date au generat îngrijorarea larg răspândită că această afecțiune ar putea fi supradiagnosticată, ceea ce ar contribui probabil la administrarea unor tratamente medicale ineficiente și chiar dăunătoare. În acest capitol, discutăm controversele legate de diagnosticarea în exces a tulburării bipolare la copii și despre tentativele recente de remediere a acestei situații.

## **Caseta 18.1 Diagnosticarea tulburării bipolare**

Indiferent dacă ești copil sau adult, te poți califica pentru diagnosticul de tulburare bipolară dacă manifesti simptome de manie, o stare caracterizată prin dispoziție euforică, expansivă sau iritabilă, de obicei alternând cu episoade de depresie majoră. În plus față de această schimbare de dispoziție, un episod maniacal include trei sau mai multe dintre următoarele șapte caracteristici. (Cel puțin patru dintre aceste simptome trebuie să fie prezente, dacă dispoziția maniacală este în principal una iritabilă.)

- Stimă de sine exagerată sau grandiozitate
- Nevoie scăzută de somn
- Tendința de a vorbi mult
- Fugă de idei
- Distractibilitate
- Agitație sau creșterea activităților direcționate către un obiectiv, precum planificarea începerii unei noi afaceri
- Implicarea în activități plăcute, cu potențial ridicat de a conduce la consecințe neplăcute.

## Povestea celor două manii

În 1980 Asociația Americană de Psihiatrie a venit cu a treia ediție, radical revizuită, a bibliei sale de diagnosticare, *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale (DSM-III)*. Această ediție a folosit pentru prima dată termenul de „tulburare bipolară” ca substitut pentru un termen anterior, „tulburarea maniaco-depresivă”. Diagnosticul necesita un episod maniacal diagnosticat, care să dureze cel puțin o săptămână, alternând de obicei cu perioade de depresie majoră, care se întind cel puțin pe două săptămâni. Simptomele trebuiau să fie suficient de severe pentru a interfera cu funcționarea socială sau ocupațională; la copii, acest criteriu se referea la periclitarea performanțelor școlare.

În viziunea multor specialiști, unii copii chiar îndeplineau și încă mai îndeplinesc aceste criterii. În 1994 însă, odată cu publicarea *DSM-IV*, a apărut o nouă categorie a tulburării bipolare. În această ediție, boala este subdivizată între tulburarea bipolară I, în esență echivalentă cu versiunea din *DSM-III* a acestei maladii, și tulburarea bipolară II, care are criterii de diagnostic mai puțin stricte. Un pacient poate fi diagnosticat cu tulburare bipolară II dacă prezintă hipomanie, forma mai puțin severă a maniei, în care episoadele maniacale pot fi mai scurte — patru zile în loc

de o săptămână — și care nu afectează funcționarea persoanei. Descrierea acestei forme mai ușoare a tulburării a permis ca un număr mai mare de copii (dar și de adulți) să se califice pentru diagnosticul de tulburare bipolară.

Nu este o coincidență faptul că sporirea dramatică a numărului de cazuri de tulburare bipolară la copii a început după ce pe birourile psihiatrilor a ajuns *DSM-IV*. Mulți critici și-au exprimat îngrijorarea cu privire la faptul că extinderea criteriilor din acest *Manual* a dus la încadrarea eronată a multor copii ca având tulburare bipolară II, deși aceștia aveau trăsături prea ușoare pentru a se califica pentru oricare tip de tulburare bipolară sau sufereau de tulburări cu totul diferite.

## Diagnostic greșit, tratament greșit

Într-adevăr, tulburarea bipolară II se suprapune în mod substanțial cu alte afecțiuni comune ale copilăriei. De exemplu, tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) și tulburarea bipolară sunt amândouă caracterizate prin distractibilitate, foială, neliniște, episoade de activitate intensă și vorbărie excesivă. De asemenea, tulburarea bipolară prezintă asemănări cu tulburarea de conduită și cu tulburarea de comportament opoziționist și sfidător, care sunt asociate cu

repetate comportamente disruptive. Asemenea suprapuneri pot conduce la stabilirea unor diagnostice eronate.

Consecințele diagnosticării eronate nu sunt lipsite de importanță. Medicamentele stimulante, precum Ritalinul și Adderallul, folosite de obicei în tratamentul ADHD, nu sunt doar ineficiente în cazul tulburării bipolare, ci și pot să agraveze simptomele sau chiar să declanșeze episoade maniacale. În paralel, aceste medicamente pot produce efecte secundare, precum pierdere în greutate, insomnie și stare de nervozitate. Pe de altă parte, un copil cu ADHD care este greșit diagnosticat cu tulburare bipolară va primi de obicei unul sau mai multe medicamente, inclusiv litiu, anticonvulsive (precum Depakote sau Lamictal) sau antipsihotice atipice (Abilify, Zyprexa). Toate aceste medicamente sunt ineficiente în cazul tulburării de deficit/hiperactivitate și pot produce efecte secundare, cum ar fi creșterea în greutate și mișcări involuntare. Atunci când dozele administrate sunt prea mari, pot apărea unele probleme rare, dar mai grave precum convulsii (în cazul litiului).

## Schimbări de dispoziție

Pentru a reduce problemele legate de suprapunere și de diagnosticarea excesivă, autorii *DSM-5* au adăugat o categorie denumită tulburare cu perturbare afectivă de tip disruptiv

(vezi „Redefining Mental Illness“, de Ferris Jabr, *Scientific American Mind*, mai/iunie 2012). Simptomele acestei condiții includ frecvent accese colerice și stări de irascibilitate, furie sau tristețe exagerată.

Această nouă categorie de tulburare oferă posibilitatea diagnosticării multor copii care sunt excluși de la un diagnostic bipolar, dar care prezintă unele dintre simptomele specifice acestuia. Medicii speră ca, printr-un diagnostic mai precis, copiii încadrați în cele două categorii ale tulburării bipolare, precum și în această nouă categorie să primească un tratament mai potrivit și, deci, mai bun.

În ciuda proliferării numărului de categorii diagnostice, unii copii (cei cu simptome precum cele ale lui Eric, de exemplu — vezi începutul acestui capitol) pot fi diagnosticați corect cu tulburare bipolară, folosind criterii stricte. Și, indiferent cum ar fi diagnosticați, copiii care manifestă schimbări de dispoziție patologice experimentează o suferință semnificativă și au mare nevoie de o îngrijire adecvată.

### **Lecturi recomandate**

Littrell, J. & Lyons, P. (2010), Pediatric bipolar disorder, part I: Is it related to classical bipolar?, *Children and Youth Services Review*, 32(7), 945–964.

Parens, E. & Johnston, J. (2010), Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4.

Strakowski, S.M., DelBello, M.P. & Adler, C.M. (coord.), (2015), *Bipolar disorder in youth: Presentation, treatment, and neurobiology*, New York: Oxford University Press.



# 19

## **Cum îi reeducăm pe infractorii minori – ne purtăm cu mânuși?**

Mike S. (nu este numele lui real) avea treisprezece ani atunci când Scott Lilienfeld l-a întâlnit într-o secție de psihiatrie unde lucra ca psiholog clinician rezident. Mike vorbea bine, era fermecător și radia căldură afectivă. Totuși, această impresie inițială masca un adevăr tulburător. Timp de câțiva ani, Mike avusese probleme grave la școală pentru că mințea, copia și îi ataca pe colegi. O ataca verbal pe mama lui, care locuia doar cu el. Mike tortura și chiar omora pisici și se lăuda că nu simte nicio vinovăție în legătură cu aceste acțiuni. Până la urmă, în jurul anului 1985, fusese adus la spital, după ce fusese prins încercând să escrocheze niște muncitori de la calea ferată ca să îi dea dinamită, pe care intenționa să o folosească pentru a arunca în aer școala.

Conform manualului standard de psihiatrie, *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (aflat acum la a V-a ediție), diagnosticul lui Mike era unul de tulburare de conduită, condiție marcată de tipare de comportament antisocial și cu potențial infracțional, ce apare în copilărie sau adolescență.

Psihologii se luptă de multă vreme să găsească tratamentul adecvat pentru adolescenții cu tulburare de conduită sau delincvență juvenilă, așa cum este uneori numită această afecțiune atunci când ajunge în atenția instanțelor de judecată. Dat fiind numărul anual de dosare de judecată de pe rolul instanțelor din SUA pentru minori (circa 1,2 milioane), aceste eforturi au o mare importanță socială. Un set de abordări sunt cele de tipul „disciplinei de fier“, care îi expun pe delincvenți la o disciplinare strictă și încearcă să îi condiționeze, prin înfricoșare, să nu mai comită infracțiuni pe viitor. Aceste eforturi sunt populare, în parte, pentru că satisfac apetitul firesc al publicului pentru lege și ordine. Totuși, studiile științifice arată că aceste intervenții sunt inefficiente și chiar pot să aibă efecte contrare. Unele metode mai bune de a genera transformări în cazul adolescenților care suferă de astfel de tulburări îi învață cum să adopte comportamente pozitive în loc să aplice pedepse pentru cele negative.

Ai ajuns în armată acum<sup>\*\*\*\*\*</sup>

O tehnică de disciplinare este tabăra „militărească”, o soluție pentru adolescenții cu tulburări de comportament introdusă în anii 1980 în SUA. Modelate după taberele de instruire militară, aceste programe sunt în mod tipic supravegheate de un instructor și durează între 3 și 6 luni. Ele pun accent pe reguli stricte și pedepse imediate (cum ar fi un număr mare de flotări) pentru nesupunere, în paralel cu un regim de muncă fizică și exerciții epuizante. Conform Institutului Național de Justiție, în 11 state funcționau astfel de programe în anul 2009. Într-adevăr, Mike S. a fost trimis într-un astfel de program de tabără după externarea din spitalul psihiatric.

Chiar și așa, cercetările au pus în evidență, în cele mai fericite cazuri, rezultate mixte ale acestor tabere. Într-un studiu de sinteză din 2010, care a revizuit 69 de studii controlate, criminologii Benjamin Meade și Benjamin Steiner, ambii lucrând la vremea respectivă la Universitatea Carolina de Sud, au dezvăluit că aceste programe produc în general puține ameliorări sau niciuna în ceea ce privește recidiva infracțională. Din motive care rămân neclare, unele tabere au redus ratele de delincvență, dar altele au dus la rate mai mari. Taberele „militărești” care includ tratamente psihologice, precum consilierea pentru abuzul de substanțe sau psihoterapia, par ceva mai

eficiente decât cele care nu oferă asemenea terapii, deși numărul studiilor a fost unul prea mic pentru a putea trage o concluzie fermă.

O altă metodă este metoda „Scared Straight” („Sperie-i ca să nu mai facă”), care a devenit populară în urma difuzării unui documentar premiat cu Oscar (*Scared Straight!*) și filmat într-o închisoare de stat din New Jersey în 1978. De obicei, aceste programe îi aduc pe delincvenți și alți adolescenți cu risc crescut în închisori, pentru a interacționa cu deținuții adulți, care le vorbesc deschis despre realitățile dure ale vieții din spatele gratiilor. Conștientizarea șocantă a adolescenților cu privire la viața în închisoare se presupune că îi descurajează în a-și urma cariera infracțională. Totuși, cercetările cu privire la aceste intervenții nu sunt încurajatoare. Într-o metaanaliză din 2003 (o revizuire cantitativă) cu privire la 9 studii controlate realizate pe programe de tip Scared Straight, cercetătorul în justiție penală Anthony Petrosino, care acum activează la agenția de cercetare WestEd, și colegii săi au arătat că aceste tratamente au efectul opus, crescând mult șansele de comitere a unor fapte ilegale, cu 60 până la 70%.

Nu este cu nimic mai promițător nici verdictul pentru alte intervenții dure, cum sunt legile privind transferul la curtea penală pentru adulți a adolescenților care comit infracțiuni grave. Într-o sinteză din 2010, psihologul Richard Redding, de la Universitatea

Chapman, a constatat rate de recidivă mai mari la adolescenții infractori transferați la curtea de adulți decât la cei netransferati.

## Pericolele metodelor punitive

Psihologii nu știu sigur de ce tratamentele dure sunt ineficace și potențial dăunătoare, dar literatura de specialitate prezintă câteva indicii. Mai întâi cercetătorii au constatat de mult timp că strategiile bazate pe pedeapsă tind să fie mai puțin eficiente decât strategiile bazate pe recompensă în ceea ce privește schimbările comportamentale durabile, întrucât măsurile punitive îi învață pe oameni ce *să nu facă* mai degrabă decât ce *să facă*. În al doilea rând, studiile indică faptul că metodele terapeutice bazate pe confruntare intensă sunt rareori eficiente pe termen lung. De exemplu, într-un studiu controlat din 1993, psihologul William Miller, de la Universitatea New Mexico, și colegii săi au constatat că acei consilieri care foloseau stiluri bazate pe confruntare cu alcoolicii problematici (de exemplu, consilierii începeau să îi certe până când aceștia își reduceau la minimum problema cu alcoolul) aveau rate de succes sensibil mai mici decât consilierii care foloseau stiluri suportive, bazate pe empatie. În mod similar, o revizuire din 2010 — realizată de cercetătorul în drept penal Paul Klenowski, de la Universitatea Clarion, și colaboratorii săi —, a constatat că programele antidelincvență care

implică tactici bazate pe confruntare, cum ar fi a-i certa pe copii pentru comportamentele lor inadecvate, sunt mai puțin eficace decât programele care nu folosesc astfel de metode.

Mai mult, deseori adolescenții cu tulburare de conduită intră în tratament furioși și alienați, plini de resentimente față de autoritate. Programele dure pot alimenta aceste emoții, maximizând înclinația adolescenților de a se revolta împotriva părinților și profesorilor. În sfârșit, din neatenție, unele programe le pot oferi chiar ele adolescenților modele de rol pentru comportamentul rău. De exemplu, unii dintre adolescenții cu risc crescut expuși la deținuții din programele Scared Straight îi pot percepe pe aceștia ca pe niște personaje fascinante care merită să fie emulate.

Aceste rezultate arată că a le impune pur și simplu o disciplină dură infractorilor tineri sau a-i speria este puțin probabil să îi ajute să își reprime comportamentele problematice. Dimpotrivă, adolescenții trebuie să învețe instrumente durabile care să-i ajute să evite agresivitatea pe viitor, iar aici includem abilitățile sociale mai bune, modalitățile de comunicare cu părinții și cu alți tineri și tehnicile de gestionare a furiei.

Există câteva intervenții eficace care fac acest lucru, inclusiv terapia cognitiv-comportamentală, metodă care încearcă modificarea tiparelor de gândire și a comportamentelor dezadaptative, precum și

terapia multisistemică, în care părinții, școala și comunitatea dezvoltă împreună programe pentru întărirea comportamentelor pozitive.

O altă metodă bine văzută, care țintește ameliorarea comportamentului riscant la copiii mai mici de opt ani, este terapia centrată pe interacțiunea părinte-copil. Părinții sunt învățați de către terapeuți, în timp real, cum să reacționeze la comportamentul copilului, în așa fel încât să întărească legătura părinte-copil și să ofere stimulente pentru cooperare (Vezi „Behave!“ de Ingrid Wickelgren, *Scientific American Mind*, martie/aprilie 2014).

Datele negative obținute cu privire la programele dure de reeducare ne reamintesc că ar trebui să fim atenți la propriile noastre impresii subiective cu privire la strategiile care ni se par corecte sau despre care credem că ar trebui să funcționeze. Cu toate că i-am pierdut urma lui Mike S., știm acum că un efort concertat de a-l învăța comportamente mai adaptative ar fi fost mai probabil să-l aducă pe un drum productiv decât ar fi făcut-o orice încercare de a-l condiționa prin frică.

### **Lecturi recomandate**

McCord, J. (2003), Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs, *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 587(1), 16–30.

Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C. & Buehler, J. (2003), Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency: A systematic review of the randomized experimental evidence, *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 589(1), 41–62.

---

\*\*\*\*\* În engleză, *You're in the Army Now*, aluzie la un faimos hit din 1986 al formației Status Quo. (N.t.)



# 20

## **Divorțul este dăunător pentru copii?**

Mulți dintre cei 1,5 milioane de copii din Statele Unite, ai căror părinți divorțează în fiecare an, simt că lumea li se prăbușește. Părinții care divorțează se arată de obicei preocupați de starea de bine a copiilor lor pe perioada acestui proces dificil. Unii părinți sunt atât de îngrijorați, încât rămân prinși în căsnicii nefericite, crezând că astfel își vor proteja urmașii de trauma divorțului.

Totuși, părinții care decid să se separe au motive de speranță. Cercetătorii au constatat că doar un procent relativ mic dintre copii au parte de probleme grave după divorț sau mai târziu, ca adulți. În acest capitol, discutăm despre aceste descoperiri, precum și despre factorii care îi pot proteja pe copii de eventualele efecte dăunătoare ale divorțului.

## Revenirea rapidă

Divorțul îi afectează pe cei mai mulți copii pe termen scurt, dar cercetările sugerează că ei își revin rapid după șocul inițial. Într-un studiu din 2002, psihologa E. Mavis Hetherington, de la Universitatea Virginia, și studenta ei masterandă la acea vreme, Anne Mitchell Elmore, au descoperit faptul că mulți copii suportă, pe termen scurt, efecte negative ale divorțului, în special anxietate, furie, șoc și neîncredere. De obicei, aceste reacții se diminuează sau dispar până la finalul celui de-al doilea an după divorț. Doar o mică parte dintre copii suferă mai mult timp.

Cei mai mulți copii care trec prin divorț se descurcă, deci, bine pe termen lung. Într-o revizuire cantitativă a literaturii de specialitate din 2001, sociologul Paul R. Amato, care pe atunci lucra la Universitatea de Stat Pennsylvania, a examinat efectele posibile asupra copiilor la câțiva ani după divorțul părinților. Studiile i-au comparat pe copiii cu părinți căsătoriți cu acei copii care trecuseră, la diverse vârste, prin divorțul părinților. Cercetătorii i-au urmărit pe acești copii până în copilăria târzie, pubertate sau anii adolescenței, evaluându-le realizările școlare, problemele emoționale și comportamentale, gradul de delincvență, concepția despre sine și relațiile sociale. În medie, pe toate aceste dimensiuni, studiile au constatat doar

diferențe foarte mici între copiii părinților divorțați și cei din familii nedezmembrate, date care sugerează că vasta majoritate a copiilor suportă bine divorțul.

Cercetătorii au constatat în mod clar că nivelurile crescute de conflict între părinți, în timpul și după divorț, sunt asociate cu o adaptare mai precară a copiilor. Efectele conflictului dinainte de separare însă pot fi contracarate în unele cazuri. Într-un studiu din 1985, Hetherington și asociații ei au raportat că unii copii expuși la niveluri crescute de discordie maritală înainte de divorț se adaptează mai bine decât copiii care au experiențe de acest tip, dar de nivel scăzut. Aparent, atunci când conflictul marital este unul mut, copiii sunt adesea nepregătiți când li se spune despre divorțul care urmează. Ei sunt surprinși, poate chiar îngroziți, de această veste. În plus, copiii din familiile în care au loc certuri mari pot percepe divorțul ca pe o eliberare binevenită de certurile părinților lor.

Luată laolaltă, constatățile sugerează că doar un mic procent dintre copii are parte de probleme în legătură cu divorțul. Chiar și așa, cauzele acestor dificultăți de durată rămân incerte. Unele probleme pot apărea din conflictele dintre părinți asociate cu divorțul. Stresul situației poate să ducă, de asemenea, la metode inadecvate de parenting. Divorțul contribuie în mod frecvent la depresie, anxietate sau abuz de substanțe la unul dintre părinți sau la amândoi și poate genera

dificultăți de păstrare a echilibrului între muncă și creșterea copiilor. Aceste probleme pot afecta capacitatea unui părinte de a le oferi copiilor stabilitate și iubire atunci când aceștia au cea mai mare nevoie de ele.

## Probleme la vârsta adultă

Experiența divorțului poate crea și unele probleme care nu apar decât mai târziu, în anii adolescenței sau la maturitate. În anul 2000, într-o carte intitulată *The Unexpected Legacy of Divorce: A 25 Year Landmark Study* [Neașteptata moștenire a divorțului: un studiu de referință pe 25 de ani], Judith Wallerstein, care lucra pe atunci la Universitatea California, Berkeley, și colegii săi au prezentat studii de caz care sugerau că cei mai mulți dintre adulții care în copilărie au trecut prin experiența divorțului părinților au parte de probleme grave, precum depresia și dificultățile relaționale.

Totuși, cercetările științifice nu susțin ideea că aceste probleme ar fi prevalente la maturitate; dimpotrivă, demonstrează că cei mai mulți copii ai căror părinți divorțează devin adulți bine adaptați. De exemplu, într-o carte din 2002, *For Better or For Worse: Divorce Reconsidered* [La bine și la rău: divorțul reevaluat], Hetherington și jurnalistul John Kelly, coautor al cărții, descriu un studiu cu o durată de 25 de ani în care Hetherington a urmărit copii ai unor părinți divorțați și copii cu părinți care au rămas împreună. Ea a

constatat că 25% dintre adulții ai căror părinți divorțaseră experimentau tulburări sociale, emoționale sau psihice grave, în comparație cu 10% dintre cei ai căror părinți rămăseseră împreună. Aceste constatări sugerează că doar 15% dintre copiii adulți trecuți prin divorț experimentează probleme psihice, în comparație cu cei din familii stabile. Nimeni nu știe dacă această diferență este cauzată de divorțul în sine sau de alte variabile, precum parentajul precar, care adesea însoțește disoluția unei căsnicii.

Într-un articol de sinteză din 2003, psihologii Joan B. Kelly, din Corte Madera, California, și Robert E. Emery, de la Universitatea Virginia, au conchis că relațiile adulților ai căror părinți au eșuat în căsnicie tind într-adevăr să fie oarecum mai problematice decât cele ale copiilor din căsnicii stabile. De exemplu, oamenii ai căror părinți s-au despărțit când ei erau mici experimentează dificultăți mai mari în formarea și păstrarea relațiilor intime în tinerețe, o insatisfacție mai mare în căsnicie, o rată mai mare de divorț, relații mai precare cu tatăl, care nu are custodia copiilor, în comparație cu adulții proveniți din căsnicii nedestruamte. Pe toate celelalte dimensiuni, diferențele dintre cele două grupuri sunt mici.

## Revenirea la o viață normală

Dincolo de faptul că, în general, copiii cu părinți divorțați sunt bine, eventualele lor problemele pot fi reduse de anumiți factori. Copiii se adaptează mai bine dacă părinții pot limita conflictul asociat cu procesul de divorț sau dacă pot minimaliza expunerea copilului la conflict. Mai mult, copiii care trăiesc în custodia a cel puțin unui părinte cu o bună funcționare se descurcă mai bine decât cei al căror părinte principal nu este bine. În această din urmă situație, părintele prost adaptat trebuie să primească ajutor psihologic sau să ia în calcul limitarea timpului pe care îl petrece cu copilul. Părinții pot, de asemenea, să-și susțină copiii în timpul acestei perioade dificile, vorbind cu ei clar despre divorț și despre implicațiile acestuia și răspunzându-le la întrebări cu deschidere.

Și alte aspecte mai generale ale unui parenting bun pot fi un tampon pentru a evita dificultățile copiilor în urma divorțului. Părinții trebuie să ofere susținere caldă și emoțională, și trebuie să monitorizeze îndeaproape activitățile copiilor. De asemenea, e bine să instituie o disciplină care să nu fie nici extrem de permisivă, nici extrem de strictă. Alți factori care contribuie la adaptarea copiilor includ stabilitatea economică

postdivorț și susținerea socială din partea colegilor și prietenilor, dar și a unor adulți, precum profesorii.

În plus, anumite caracteristici ale copilului îi pot influența reziliența. Copiii cu un temperament mai liniștit tind să se descurce mai bine. De asemenea, stilurile de adaptare pot crea diferențe. De exemplu, copiii care sunt buni la rezolvarea de probleme și care caută sprijin social sunt mai rezilienți decât cei evitanți și ușor de distras.

Vestea bună este că, deși divorțul este dificil și adesea extrem de dureros pentru copii, daunele pe termen lung nu sunt inevitabile. Cei mai mulți copii își revin și trec peste această situație dificilă cu puține cicatrici sau cu niciuna.

### **Lecturi recomandate**

Amato, P.R. (2003), Reconciling divergent perspectives: Judith Wallerstein, quantitative family research, and children of divorce, *Family Relations*, 52(4), 332–339.

Ehrenberg, M., Regev, R. & Lazinski, M. (2014), Adjustment to divorce for children, în L. Grossman & S. Walfish (coord.), *Translating psychological research into practice* (pp. 1–9), New York, NY, Springer.

Hetherington, E.M. & Kelly, J. (2002), *For better or for worse: Divorce reconsidered*, New York: W.W. Norton.



# Partea a IV-a

## **Dependențele**

# Introducere

Consumul de alcool și de droguri reprezintă o parte semnificativă a culturii noastre. Există până și cântece dedicate diferitelor substanțe, și legale, și ilegale, cum ar fi „Jack Daniels, If You Please”<sup>\*\*\*\*\*</sup> de David Allan Coe, „Illegal Smile”<sup>\*\*\*\*\*</sup> de John Prine, și „Cocaine” de Eric Clapton. În engleză, e chiar o faimoasă zicere: „I’d rather have a bottle in front of me than a frontal lobotomy” — „Prefer să am în față o sticlă de matoleală decât o lobotomie frontală”.

În 2005, sociologul Ronald C. Kessler, de la Universitatea Harvard, și asociații săi au publicat rezultatele unui studiu epidemiologic la scară largă despre prevalența tulburărilor mentale în Statele Unite. Folosind criteriile *DSM-IV* pentru ceea ce se numea la acea vreme „tulburări în legătură cu o substanță”, cercetătorii au constatat că aproximativ 8,5% din populația Statelor Unite se confruntă la un moment dat în viață cu o problemă diagnosticabilă privind dependența de droguri sau de alcool, ceea ce face ca aceasta să fie cea mai prevalentă dintre toate tulburările mentale. Deși abuzul de substanțe poate să producă plăcere pe termen scurt, consumul cronicizat și compulsiv cauzează interferențe

serioase cu activități de viață importante, precum munca, relațiile și sănătatea mentală și fizică.

Înainte de publicarea *DSM-5*, categoria cea mai îndeaproape asociată cu adicțiile era cea a tulburărilor legate de o substanță. *DSM-5* a lărgit această categorie, incluzând aici nu doar dependența de substanțe, dar și dependențele comportamentale. Categoria a fost redenumită „tulburări legate de consumul de substanțe și dependențe”. În prezent, singura dependență comportamentală inclusă este jocul patologic de noroc, dar este posibil să fie adăugate, în cele din urmă, mai multe tulburări fără legătură cu abuzul de substanțe, cum ar fi dependența de sex.

Numeroase tratamente au fost încercate pentru persoanele cu tulburări legate de substanțe, multe dintre ele înregistrând succese considerabile. Două dintre cel mai larg studiate și de ajutor abordări sunt terapiile cognitiv-comportamentale (TCC) și interviul motivațional (IM). TCC constă dintr-o varietate de tehnici asociate, care au ca obiectiv schimbarea gândurilor disfuncționale și a comportamentelor-problemă ce rezultă din acestea. IM are ca obiectiv principal creșterea motivației pentru schimbare și este adesea folosit în conjuncție cu terapia cognitiv-comportamentală și cu alte metode de tratament.

În ciuda progresului înregistrat în înțelegerea și tratarea afecțiunilor adictive,

rămân încă importante percepții eronate de clarificat. În această secțiune, ridicăm următoarele întrebări despre unele credințe din această arie.

- Este adevărat că un mare procent dintre persoanele care încearcă marijuana devin dependente?
- Este marijuana o „poartă de intrare“ care duce la abuzul de substanțe mai periculoase?
- Este adevărat că un procent relativ mic dintre persoanele care încearcă să-și rezolve singure problema cu băutura au succes?
- Expunerea excesivă la pornografie pe internet nu cauzează probleme?
- Programul Alcoolicii Anonimi este cel mai eficient tratament pentru alcoolism?

- Cât de eficiente sunt metodele folosite pentru a-i învăța pe copii și adolescenți despre pericolele consumului de droguri? Cât ajută să le vorbim despre avantajele unui mod de viață lipsit de abuzul de substanțe și despre abordarea „e de ajuns să spui nu” când vine vorba despre consumul de droguri?

---

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ *Un Jack Daniels, vă rog. (N.t.)*

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ *Zâmbet ilegal, referire la drogurile recreaționale. (N.t.)*

# 21

## Adevărul despre „iarbă“

În filmul cult din 1936 *Reefer Madness* (Nebunia de canabis), niște elevi de liceu bine adaptați care încearcă marijuana se cufundă brusc într-o viață de dependență, promiscuitate, agresivitate, eșec școlar, omucidere și boală mintală. Filmul conchide cu avertizarea rău-prevestitoare: „Înspăimântătoarea marijuana poate ajunge aproape de fiul sau fiica ta... de ai tăi... sau de TINE!“ Titlurile ziarelor din acele zile reflectau sentimente similare. Pe 10 februarie 1938, un titlu din *Beloit (Wisc.) Daily News* titra, „Autoritățile avertizează împotriva răspândirii abuzului de marijuana — nebunie, degenerare și violență, ca urmare a consumului de iarbă“.

Această poziție cu privire la „iarbă“ pare una extremă. Totuși, așa cum oamenii au renunțat de atunci la ideea că, în mod inevitabil,

consumul de marijuana culminează cu distrugerea minții, la fel au început și să pună la îndoială concepția că ea ar fi benignă. Unele date sugerează că marijuana poate, în unele cazuri, să creeze dependență și că poate genera și alte probleme de sănătate, îndeosebi atunci când este consumată în cantități foarte mari. Acestea fiind zise, să reținem că cei mai mulți oameni nu suferă niciun efect malign de la o singură utilizare a drogului sau de la consumul ocazional.

## Câți devin dependenți?

Marijuana, cunoscută și sub numele de canabis, este substanța ilegală cel mai larg consumată din lume, conform unui raport al Națiunilor Unite din 2002. Consumul recreațional este larg răspândit în Statele Unite și consumul medical este în creștere. Într-un studiu din 2007, psihologa Louisa Degenhardt, de la Universitatea de Stat Michigan, și colegii săi au constatat că 43% dintre adulții din Statele Unite cu vârsta de peste 18 ani au încercat marijuana cel puțin o dată. Mulți adolescenți sunt atrași și ei de drog. În general, în studiul „Monitorizarea viitorului”, aflat în desfășurare, certătorii de la Universitatea Michigan au constatat că 14% dintre copiii de clasa a VIII-a au consumat marijuana cel puțin o dată în ultimul an, numărul crescând la 35% la cei de clasa a XII-a. Consumul de marijuana va crește fără îndoială în viitorul apropiat,

întrucât multe state federale deja o legalizează pentru uz medical, iar unele și pentru consum recreațional. Și alte state ale SUA au în analiză legalizarea ei.

Data fiind popularitatea în creștere a acestui drog, mulți oameni sunt de ceva timp preocupați în legătură cu potențialele pericole asociate, mai ales cu cel legat de potențialul adictiv. O precizare: oamenii tind să folosească termenii „adicție” și „dependență” ca sinonime, deși experții în droguri preferă acum termenul „dependență”. În versiunea actuală a „bibliei” sănătății mentale, *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, un diagnostic de dependență de canabis (un tip de dependență de substanțe) necesită ca persoana să îndeplinească două din unsprezece criterii (vezi Casetă 21.1).

Mai mulți cercetători s-au ocupat de acest subiect și au constatat că doar un procent relativ mic dintre cei care încearcă marijuana devin dependenți. De exemplu, într-un sondaj la scară largă publicat în 1994, epidemiologul James Anthony, care lucra pe atunci la Institutul Național pentru Abuzul de Substanțe, și colegii săi au întrebat mai mult de 8 000 de oameni cu vârste între 15 și 64 de ani despre consumul de marijuana și alte droguri. Cercetătorii au constatat că dintre cei care au încercat marijuana măcar odată, circa 9% se încadrează în diagnosticul de dependență de canabis. Cifra corespunzătoare pentru alcool a fost de 15%, pentru cocaină – 17%, heroină –



23 și nicotină – 32%. Deci, cu toate că marijuana poate crea dependență la unii, 91% dintre cei care o încearcă nu devin captivii acestui drog. De asemenea, marijuana este mai puțin adictivă decât multe alte substanțe legale și ilegale.

### **Caseta 21.1 Tulburarea consumului de cannabis**

Această dependență e definită drept un tipar de consum problematic de cannabis, apărut în decursul unei perioade de 12 luni, ce duce la disfuncții semnificative sau suferință ce se manifestă prin două sau mai multe dintre următoarele caracteristici:

- O dorință puternică sau o poftă intensă de a consuma marijuana.
- Consumul de marijuana duce la eșecul îndeplinirii principalelor obligații de la locul de muncă, de la școală sau de acasă.
- Consumul de marijuana este continuat în ciuda problemelor sociale legate de consum.
- Consum frecvent de marijuana în situații cu risc de vătămare fizică.

- Nevoia de a consuma mai mult drog, în timp, pentru a obține aceleași efecte — fenomen cunoscut ca toleranță.
- Anxietate, probleme de somn sau experimentarea altor simptome neplăcute la încercarea de a opri consumul de marijuana. Această reacție este denumită sevraj.
- Consum de drog în cantități mai mari sau pentru perioade mai lungi decât se intenționează.
- Încercările de a reduce sau controla consumul de marijuana eșuează.
- Mult timp cheltuit în încercările de a obține drogul, de a-l consuma sau de a-și reveni după efectele lui.
- Renunțarea la activități importante, precum munca, evenimentele sociale sau recreaționale, pentru a consuma marijuana.
- Consumul drogului continuă, în ciuda faptului că obiceiul face ca problema fizică sau psihologică să se agraveze.

## Pericole posibile

O problemă intens dezbătută este dacă marijuana reprezintă o „poartă de acces” către abuzul de alte substanțe mai periculoase. Multe studii au constatat că cei mai mulți oameni care consumau alte droguri ilicite folosiseră, într-adevăr, mai întâi marijuana. Cu toate că astfel de rezultate susțin ipoteza „porții de acces”, ele nu arată în ce măsură consumul de marijuana cauzează realmente folosirea altor droguri. Cei care sunt atrași de marijuana pot pur și simplu să fie predispuși la abuzul de substanțe în general, indiferent de expunerea lor la „iarbă”. În plus, deseori, indivizii fumează tutun sau beau alcool înainte de a se apuca de marijuana. Să ne întrebăm și în legătură cu nicotina și alcoolul dacă nu sunt, și ele, niște „porți de acces”?

Cercetătorii au demonstrat, de asemenea, că un consum *masiv* de marijuana poate duce la toleranță crescută și la simptome de sevraj atunci când se încearcă oprirea obiceiului. În plus, consumul masiv contribuie la apariția unor probleme respiratorii și cardiovasculare, precum și la afectarea memoriei de scurtă durată. Marijuana poate declanșa, de asemenea, anumite tulburări, precum schizofrenia, în cazul persoanelor vulnerabile (vezi „A Mind in Danger”, de Victoria Costello, *Scientific American Mind*, februarie 2012, p. 30), deși cercetătorii încă mai pun la îndoială

dovezile privind acest aspect. În sfârșit, din cauză că marijuana este încă ilegală în multe state din SUA și sub legea federală, oamenii care posedă sau vând marijuana se pot confrunta cu consecințe legale.

Pe de altă parte, marijuana are avantaje semnificative pentru indivizii care suferă de anumite boli. La pacienții cu glaucom, poate reduce presiunea oculară periculos de mare ce poate duce la pierderea vederii. În plus, „iarba“ poate oferi relaxare în durerea cronică, reduce greața și senzația de vomă produse de chimioterapia pentru cancer și poate limita pierderea severă în greutate produsă de SIDA și de alte boli.

Atunci când o persoană chiar devine dependentă, câteva tipuri de psihoterapie o pot ajuta să scape de acest obicei. Unul dintre tipurile cele mai eficiente este o formă de terapie cognitiv-comportamentală (TCC) adaptată la cognițiile celui dependent. Folosind TCC, terapeuții îi învață pe pacienți abilități practice de adaptare (*coping*) care duc la schimbarea comportamentului. De asemenea, ei încearcă să modifice gândurile care contribuie la adicția unei persoane. Două tratamente mai rapide sunt Interviuul Motivațional și, strâns legată de acesta, terapia de întărire a motivației. Scopul acestor metode este întărirea dorinței persoanei de a opri sau reduce consumul de „iarbă“.

Din păcate, ratele de recădere rămân înalte pentru toate psihoterapiile contra

dependențelor. Într-un studiu publicat în 2003, psihologul Brent A. Moore, acum la Universitatea Yale, și colegii săi au constatat că 41% dintre dependenții de marijuana tratați cu succes au suferit o recădere în următoarele 6 luni. Oamenii de știință caută modalități de a asigura o abținere constantă, pe termen lung.

Publicul trebuie să conștientizeze care sunt adevărurile în legătură cu marijuana, astfel încât să poată ignora miturile legate de efectele drogului. Doar știind în ce situații marijuana reprezintă o amenințare reală și în ce situații riscul este minim, oamenii vor putea să evalueze corespunzător pericolele și beneficiile. Atât politicile de sănătate, cât și cele sociale depind de acest lucru.

### **Lecturi recomandate**

Anthony, J.C., Warner, L.A. & Kessler, R.C. (1994), Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244–268.

Hill, K. (2015), Medical marijuana for treatment of chronic pain and other medical and psychiatric problems: A clinical review, *Journal of the American Medical Association*, 313, 2474–2483.

Roffman, R.J. & Stephens, R.S. (2006), *Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment*, Cambridge: Cambridge University Press.

# 22

## **Alcoolicii Anonimi oare chiar funcționează?**

Alcoolicii Anonimi (AA) numără două milioane de membri care participă la circa 115 000 de grupuri în toată lumea, circa jumătate dintre ele aflându-se în Statele Unite. Cât de bine funcționează? Antropologul William Madsen, care lucra la acea vreme de la Universitatea din California, Santa Barbara, a susținut într-o carte din 1974 că are o rată de succes „aproape miraculoasă”, dar alți autori sunt mult mai sceptici. După revizuirea literaturii de specialitate, am constatat că o abordare de tipul Alcoolicilor Anonimi îi poate ajuta pe unii oameni să depășească alcoolismul, în special dacă primesc și o formă de asistență de specialitate, dar dovezile sunt departe de a fi convingătoare, în parte și din cauza naturii programului.

Alcoolicii Anonimi a debutat la o întâlnire din 1935 din Akron, Ohio, între un afacerist pe nume Bill Wilson și un medic, Bob Smith. „Bill W.” și „Dr. Bob”, cum sunt ei cunoscuți acum, erau alcoolici. Wilson reușise să rămână abstinent în mare măsură prin afilierea sa la o mișcare creștină. Smith a încetat să bea după ce l-a întâlnit pe Wilson, al cărui succes l-a inspirat. Decizi să îi ajute și pe alți băutori înrăiți, cei doi bărbați au publicat la puțin timp ceea ce avea să fie cunoscută ca *Marea Carte*, care prezintă în detaliu filosofia, principiile și metodele lor, inclusiv de-acum faimoșii doisprezece pași (vezi Caseta 22.1). Cartea s-a chemat *Alcoholics Anonymous* și a devenit și denumirea organizației care a crescut ulterior.

În cadrul programului Alcoolicilor Anonimi, membrii se întâlnesc în grupuri pentru a se ajuta unii pe alții să atingă și să-și mențină abstința de la consumul de alcool. Întâlnirile, care sunt gratuite și deschise pentru oricine se implică serios cu privire la oprirea consumului, pot include lecturi din *Marea Carte*, împărtășirea poveștilor personale, celebrarea sobrietății membrilor, precum și discutarea celor doisprezece pași și a unor teme legate de problema băutului în exces.

### **Caseta 22.1 Doisprezece pași până la sobrietate?**

La Alcoolicii Anonimi, membrii încearcă să se abțină de la consumul de alcool, parcurgând cei doisprezece pași enumerați mai jos. Alternative



seculare sunt automanagementul și antrenamentul pentru recuperare ([www.smartrecovery.org/](http://www.smartrecovery.org/)), precum și alte organizații seculare pentru sobrietate (de ex., în SUA: [www.cfiwest.org/sos/index.htm](http://www.cfiwest.org/sos/index.htm)).

1. Am admis că eram neputincioși în fața alcoolului.
2. Am ajuns la credința că o Putere Superioară nouă înșine ne-ar putea reda sănătatea mentală.
3. Am hotărât să ne lăsăm voința și viața în grija unui Dumnezeu, așa cum și-L închipuia fiecare dintre noi.
4. Am făcut fără teamă un inventar moral amănunțit al propriei persoane.
5. Le-am mărturisit lui Dumnezeu, nouă înșine și unei alte ființe umane natura exactă a greșelilor noastre.
6. Am consimțit fără rezerve ca Dumnezeu să ne scape de toate aceste defecte de caracter.
7. Cu umilință, I-am cerut să ne îndepărteze defectele.

8. Am întocmit o listă cu toate persoanele cărora le-am făcut neazuri și am consimțit să reparăm aceste rele.
9. Ne-am reparat greșelile direct față de acele persoane, acolo unde a fost cu putință.
10. Ne-am continuat inventarul personal și ne-am recunoscut greșelile de îndată ce ne-am dat seama de ele.
11. Am căutat, prin rugăciune și meditație, să ne întărim contactul conștient cu Dumnezeu, cerându-i doar să ne arate voia Lui în ceea ce ne privește și să ne dea puterea s-o împlinim.
12. După ce am trăit o trezire spirituală ca rezultat al acestor pași, am încercat să transmitem acest mesaj și altor alcoolici.

Sursa: Adaptat după pagina de internet AA România:  
<https://alcoolicianonimi.ro/index.php/despre-aa/cei-12-pasi-aa>.

Participanții sunt încurajați să „exerseze” programul de doisprezece pași, pentru a integra deplin fiecare pas în viața lor, înainte de a trece la următorul.

Alcoolicii Anonimi țintește mai mult decât problema consumului de alcool: membrii asociației trebuie să-și corecteze *toate* defectele de caracter și să adopte un nou mod de viață. Ei trebuie să îndeplinească aceste obiective dificile fără ajutorul unui specialist în sănătate mentală. Niciun terapeut, psiholog sau medic nu poate participa la întâlnirile Alcoolicilor Anonimi, dacă nu au și ei probleme cu consumul abuziv de alcool.

## „A“ de la abstenență

Cele mai multe studii de evaluare a eficacității programului Alcoolicii Anonimi nu sunt concludente; în mare parte, ele corelează durata participării cu succesul renunțării la consumul de alcool, dar nu arată dacă programul este cel care cauzează acest rezultat. Unele probleme izvorăsc din natura programului — de exemplu, faptul că ceea ce se întâmplă în cadrul întâlnirilor Alcoolicilor Anonimi poate varia considerabil. Mai mult, circa 40% dintre membrii AA renunță în primul an (deși unii se reîntorc), crescând posibilitatea ca oamenii care rămân să fie cei care sunt și cei mai motivați să reușească.

Cu toate acestea, rezultatele unei cercetări valid concepute, denumită Project meci și publicată în 1997, sugerează că programul Alcoolicii Anonimi poate facilita tranziția la sobrietate pentru mulți alcoolici. În acest studiu, un grup de cercetători proeminenți ai

alcoolismului i-au alocat la întâmplare unui număr de peste 900 de alcoolici problematici unul dintre cele trei tratamente urmărite pe parcursul a 12 săptămâni. Primul tratament era bazat pe programul Alcoolicii Anonimi, denumit terapia de facilitare în doisprezece pași, care include întâlniri cu un specialist care îi ajută pe pacienți să parcurgă primii pași dintre cei doisprezece și care îi încurajează să participe la întâlnirile AA. Celelalte tratamente au fost terapia cognitiv-comportamentală, care formează abilități mai bune de adaptare (*coping*) în situații care în mod obișnuit declanșează recăderea, și terapia de întărire motivațională, concepută să crească dorința de a opri consumul de alcool.

Metoda bazată pe AA pare să funcționeze și chiar mai bine decât celelalte două terapii. În toate cele trei grupuri, participanții au fost abștinenți în 20% din zile, în medie, înainte ca tratamentul să înceapă, iar proporția de zile fără alcool a crescut la circa 80% la un an după terminarea tratamentului. Mai mult, 19% dintre acești subiecți au renunțat complet la consum pe întreaga perioadă de 12 luni de urmărire. Deoarece studiul nu a avut un grup de indivizi care să nu primească deloc tratament (un grup de control), nu putem afirma că aceste metode sunt superioare celei de a-i lăsa pe oameni să înceteze ei singuri să mai bea.

Alte cercetări sugerează că programul AA chiar este mai bun decât să nu primești niciun

ajutor. În 2006, psihologul Rudolf H. Moos, de la Departamentul Afacerilor pentru Veterani și Universitatea Stanford, împreună cu Bernice S. Moos au publicat rezultatele unui studiu de 16 ani pe mai mulți alcoolici problematici care au încercat să renunțe singuri sau care au căutat ajutor, fie la Alcoolicii Anonimi, fie la terapeuți specializați, fie în ambele părți. Dintre cei care au participat cel puțin 27 de săptămâni la întâlniri ale AA în primul an, 67% erau abștinenți la evaluarea ulterioară de după 16 ani, în comparație cu 34% dintre cei care nu au participat la programul AA. Dintre subiecții care au primit terapie în aceeași perioadă, 56% erau abștinenți, față de cei 39% care nu au văzut un terapeut — o indicație că asistența unui specialist este, și ea, benefică.

Totuși, aceste descoperiri s-ar putea să nu se aplice tuturor alcoolicilor problematici sau tuturor programelor AA. Întrucât acest studiu a fost unul „naturalist” — adică o cercetare realizată pe oameni care și-au ales ei singuri calea (și nu ca parte a unui studiu) —, cercetătorii nu au putut controla formatul precis al întâlnirilor sau al tratamentelor. Mai mult, ratele de abștinență raportate s-ar putea aplica doar celor cu probleme mai puțin severe legate de alcool, deoarece oamenii de știință au ales persoane care căutau ajutor pentru prima dată, excluzându-le pe cele care o mai făcuseră în trecut. Diferite studii au constatat că o

combinație între tratamentul specializat și programul AA duce la rezultate mai bune decât fiecare metodă luată separat.

## O combinație constructivă

Luate ca întreg, datele sugerează că, pentru mulți dependenți de alcool, AA este un program care poate fi de ajutor, în special în conjuncție cu psihoterapia. Nu știm însă dacă programul Alcoolicii Anonimi poate fi uneori și dăunător. Atunci când un grup este foarte axat pe confruntare, de exemplu, alcoolicii pot deveni rezistenți la schimbare (vezi capitolul 40, din acest volum). Cu toate acestea, în lumina dovezilor care susțin programul, a disponibilității întâlnirilor și a lipsei costurilor, programul AA merită să fie luat în considerare de către mulți alcoolici problematici.

### Lecturi recomandate

Dodes, L. & Dodes, Z. (2015), *The sober truth: Debunking the bad science behind 12-step programs and the rehabilitation industry*, Boston, MA, Beacon Press.

Kaskutas, L.A. (2009), Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets science, *Journal of Addictive Diseases*, 28(2), 147–157.

Moos, R.H. & Moos, B.S. (2006), Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-year follow-up of initially untreated individuals, *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 735–750.

Project Match Research Group (1997), Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes, *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.

Bill Wilson și Bob Smith, fondatorii Alcoolicilor Anonimi, au scris „The Big Book“ [Marea Carte].

# 23

## Vindecarea dependenței doar prin forțele proprii

*Să renunț la fumat a fost cel mai ușor lucru pe care l-am făcut vreodată. Și știu asta pentru că am făcut-o de o mie de ori.*

MARK TWAIN

Samuel Clemens (Twain era pseudonimul său literar) își lua peste picior incapacitatea de a renunța la obiceiul său legat de nicotină. Dar, dacă ar fi avut la dispoziție informațiile aduse de cercetările recente, poate că a 1 001 oară chiar ar fi reușit să se lase de fumat.

În 1982, Stanley Schachter, un eminent psiholog social care pe atunci lucra la Universitatea Columbia, a dezlănțuit o furtună de controverse în domeniul dependențelor prin publicarea un articol în care arăta că cei mai mulți foști fumători și oameni supraponderali



pe care i-a intervievat se schimbaseră cu succes fără tratament. De asemenea, el cita un studiu care raporta rate chiar și mai mari de recuperare fără tratament în rândul consumatorilor de heroină.

O descoperire deosebit de controversată a fost aceea că ratele de succes ale celor care se autoajutau erau în realitate *mai mari* decât cele ale pacienților care se supuneau unui tratament specializat. Schachter a propus două posibile explicații. Prima: cei care apelează la tratament ar putea fi mai grav dependenți decât cei care se pot schimba doar prin forțele proprii (autoajutorare). A doua: studiile examinează în mod tipic o singură încercare de schimbare, în timp ce interviurile lui acopereau eforturile făcute pe durata întregii vieți. Poate că e nevoie de multe încercări înainte ca persoana să reușească, sugera el.

Descoperirile lui Schachter au fost primite cu un intens scepticism, chiar cu neîncredere manifestă, îndeosebi de cei care cred în modelul medical al dependenței. În această viziune, dependențele sunt boli cauzate de factori fiziologici și psihologici care se declanșează prin consumul de substanță (droguri sau alcool); odată boala declanșată, dependentul nu își poate controla consumul de substanță, iar abstința completă este singura cale de a gestiona boala. Cei care propun acest model nu cred că există prea mulți oameni care pot scăpa de aceste dependențe, cu atât mai puțin în lipsa unui tratament. Alte critici au

venit de la cercetătorii care au pus sub semnul întrebării valoarea științifică a muncii lui Schachter, deoarece este bazată pe un eșantion mic și selectiv și pe autoraportarea comportamentelor din trecut, ceea ce deseori oferă o imagine distorsionată a ceea ce s-a întâmplat cu adevărat. Cu toate acestea, constatările lui au devenit un catalizator, încurajându-i pe mulți cercetători să studieze această schimbare prin forțe proprii a comportamentelor de dependență. Să examinăm ce ne spun cercetările despre cât de larg răspândită este schimbarea prin simpla autoajutorare în problema consumului de alcool și a dependenței de substanțe.

## Rate de succes

În 2007, psihologul Reginald Smart, de la Centrul pentru Adicții și Sănătate Mentală din Toronto, a revizuit descoperirile cu privire la prevalența schimbării prin forțe proprii la consumatorii problematici de alcool. Din sinteza făcută de el și din propria noastră lectură a literaturii de specialitate, am tras următoarele concluzii:

- Cei mai mulți dintre cei care își rezolvă problema legată de consumul de alcool o fac fără niciun fel de tratament și chiar fără grupuri de autoajutorare.
- Un procent semnificativ dintre cei care se schimbă cu forțe proprii rămân abștinenți pe perioade de peste 8 ani, arată unele evaluări ulterioare.
- Mulți consumatori problematici de alcool pot să păstreze un tipar de consum nonproblematic.
- Cei care caută tratament au probleme mai grave legate de alcool și suferă și de alte probleme înrudite, în comparație cu cei care nu merg să se trateze.

Deși există puține studii cu privire la schimbarea prin forțe proprii (autoschimbare) legată de dependența de droguri, rezultatele oglindesc, de obicei, studiile legate de consumul problematic de alcool. Ca să rezumăm: schimbarea prin forțe proprii a comportamentelor de dependență de droguri este o alegere mult mai comună pentru rezolvarea problemei decât este căutarea unui tratament de specialitate; un procent substanțial dintre cei care se schimbă singuri au succes (dar de obicei după multe încercări); un procent semnificativ dintre cei care au fost

anterior dependenți continuă să consume droguri ocazional, fără a reveni la vechiul nivel de dependență și își mențin aceste schimbări destul de bine în timp; cei care caută tratament au de obicei probleme mai severe decât cei care nu merg la doctor sau psiholog.

Experiențele avute de veteranii din Războiul din Vietnam sunt deosebit de instructive. Sociologul Lee N. Robins, care la acea vreme lucra la Facultatea de Medicină a Universității Washington din St. Louis, și asociații săi au publicat o serie de studii de referință, începând din 1974, cu privire la consumul de droguri și recuperarea acestor veterani. Când s-au aflat în teatrele de operațiuni, circa 20% dintre soldați au devenit dependenți de narcotice. După lăsarea la vatră, în Statele Unite însă doar 12% dintre cei care au fost dependenți în Vietnam au rămas dependenți pe parcursul a 3 ani de urmărire. Mai puțin de 5% și-au depășit adicția prin terapie. Alte constatări ale studiilor făcute de Robins sugerează că abstinerea nu este necesară pentru recuperare. Deși aproape jumătate dintre bărbații care erau dependenți în Vietnam au încercat din nou narcotice după întoarcerea acasă, doar 6% au devenit din nou dependenți.

Rezultatele studiilor lui Robins sugerează forța pe care o are autoajutorarea în a scăpa de dependența de droguri, dar ele au fost și ținta multor critici. De exemplu, cei mai mulți dintre bărbații care au devenit dependenți în Vietnam nu avuseseră această problemă înainte de

serviciul militar, ceea ce sugerează că ar putea fi nereprezentativi pentru populația generală a dependenților de droguri. Mai mult, consumul de droguri al acestor persoane se poate să fi fost determinat de stresul asociat cu serviciul militar în Vietnam, ceea ce a făcut să le fie ușor să se oprească atunci când s-au întors acasă. Această ultimă critică este infirmată de constatarea că cei mai mulți dintre bărbații care au continuat să consume narcotice după demobilizare nu au devenit dependenți și de faptul că reîntoarcerea acasă a fost și ea foarte dificilă, din cauza sentimentului larg răspândit în Statele Unite împotriva războiului.

## Pașii următori

Avem nevoie de studii de cercetare mai multe și mai bune cu privire la potențialul schimbării prin forțe proprii în ce privește dependența de alcool și de alte droguri. Studiile prezintă diferențe în definirea unor termeni importanți, precum „dependență”, „tratament” și „recuperare”. Autoraportarea privind comportamentul trecut și perioadele relativ scurte de urmărire (de evaluare ulterioară) sunt, și ele, probleme de rezolvat. De asemenea, nu cunoaștem multe studii cu privire la schimbarea prin forțe proprii în cazul dependenței de medicamente prescrise de medic. În sfârșit, trebuie să aflăm dacă recuperarea din dependența de un anumit drog duce la substituirea cu o altă dependență. Cel

puțin un studiu a dezvăluit că mulți dintre foștii dependenți de droguri au devenit alcoolici înrăiți. Din cauza acestor lipsuri ale cercetărilor de până acum, procentele pe care le-am raportat ar trebui considerate doar ca niște estimări imprecise.

Deși am găsit unele rezultate inițiale încurajatoare în literatura de cercetare, impresia noastră este că mulți specialiști în tratarea dependențelor nu văd schimbarea prin forțe proprii ca fiind foarte eficace. Concluzia lor poate fi în mare corectă pentru acei alcoolici și dependenți de droguri la care sunt ei expuși în mod tipic — cei care caută tratament.

Însă generalizările făcute, pornind de la cei care caută tratament, la populația consumatorilor problematici de alcool și a dependenților de droguri, luată ca întreg, pot fi incorecte din două motive. Mai întâi, cei care caută tratament au probleme mai grave decât ceilalți; în al doilea rând, ei îi pot suprareprezenta pe cei care au eșuat în mod repetat în încercările lor de autoschimbare.

Putem afla multe de la oamenii care au reușit să-și schimbe singuri comportamentele adictive. Indiferent ce fac ei, ceva fac bine. Pe lângă munca legată de consumatorii problematici de alcool și droguri, încep să apară studii asupra schimbării prin forțe proprii și în alte arii problematice, precum fumatul, obezitatea și jocurile de noroc. O cunoaștere mai bună a autoschimbării și a

modului în care funcționează această autoajutorare poate fi folosită pentru a-i sprijini pe oamenii care nu sunt în tratament să găsească modalități de renunțare la dependențe și pentru a întări eficacitatea programelor de tratament.

### **Lecturi recomandate**

Klingemann, H. & Sobell, L.C. (2007), *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*, New York: Springer.

Klingemann, H., Sobell, M. & Sobell, L. (2010), Continuities and changes in selfchange research, *Addictions*, 105, 1510–1518.

Robins, L.N. (1993), Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88(8), 1041–1054.

# 24

## **Cât de dăunătoare este pornografia online?**

Este posibil să faci sex cu un calculator? Ei bine, nu chiar, dar oamenii își pot folosi calculatoarele pentru a se angaja într-o varietate de activități sexuale online, inclusiv în găsirea de parteneri (atât virtuali, cât și reali) și în găsirea de resurse pentru obsesiile lor perverse.

Pornografia online este accesibilă, ieftină și adesea anonimă, și vizionarea ei a devenit o distracție populară pentru timpul liber. Un sondaj în rândul studenților de colegiu, realizat în 2008 de către psihologa Chiara Sabina de la Penn State Harrisburg și colegii ei, a constatat că mai mult de 90% dintre bărbați și 60% dintre femei au vizionat pornografie pe internet înainte de vârsta de 18 ani. Într-un studiu separat, rata frecvenței de consum a fost



mai puțin de jumătate la subiecții cu vârste între 40 și 49 de ani, ceea ce sugerează că consumul de pornografie pe internet poate să scadă odată cu vârsta, cu toate că statisticile pot reflecta diferențe generaționale ale folosirii calculatorului. Totodată, studiile indică și diferențe de gen în ceea ce privește activitățile sexuale online: bărbații sunt mai înclinați să privească pornografie, în timp ce femeile sunt mai dispuse să participe la chat pe teme sexuale, ceea ce sugerează că ele preferă stimularea sexuală în contextul interacțiunii.

Cei mai mulți oameni care se uită la pornografie par să fie amatori ocazionali, iar un procent mic de utilizatori se răsfată excesiv cu conținutul sexual online. În 1998, Alvin Cooper, pe atunci la Centrul Marital și pentru Sexualitate din San Jose, California, și asociații săi au realizat un studiu online pe mai mult de 9 000 de oameni care au folosit internetul în scopuri sexuale. Ceva mai puțin de jumătate dintre respondenți — cei mai mulți dintre ei bărbați care erau căsătoriți sau se aflau într-o relație serioasă — își dedicau o oră sau mai puțin pe săptămână. Un procent de 45 a raportat că se angajau în activități sexuale online între 1 și 10 ore pe săptămână. Un procent de 8 folosea internetul pentru astfel de scopuri timp de 11 ore sau mai mult săptămânal, iar un procent mic, dar distinctiv de 0,5 a raportat mai mult de 70 de ore pe săptămână. Dovezi noi sugerează că acest consum masiv poate fi asociat cu unele efecte

dăunătoare asupra psihicului și relațiilor indivizilor. Unii experți susțin că pornografia pe internet poate crea dependență, dar folosirea termenului în acest context este controversată.

## Prețul consumului de pornografie

Cu toate că folosirea ocazională a paginilor de pornografie și a altor activități sexuale online nu pare asociată cu probleme grave — cel puțin conform raportărilor utilizatorilor —, chiar și slaba ei utilizare poate avea un efect negativ asupra partenerului sau partenerei de cuplu. Mai mult, consumul intens de pornografie, inclusiv în varianta pe internet, poate contribui la tensiuni în relație și la atitudini și comportamente agresive sexual față de femei.

Numeroase studii au constatat asocieri între cantitatea expunerii la pornografie și atitudinile sexuale agresive, precum susținerea sexului coercitiv și a comportamentelor sexuale agresive — de pildă, ținerea cu forța la pământ a femeii. Aceste asocieri sunt mai puternice la bărbații care privesc pornografie violentă sau la cei care deja au tendința de a fi agresivi sexual.

Alte descoperiri au pus în legătură consumul frecvent de pornografie cu atitudini, precum blamarea victimelor agresiunii sexuale, justificarea acțiunilor prădătorilor sexuali și desconsiderarea violenței violului. Adesea, preferința pentru pornografie însoțește

insensibilitatea față de femei, insatisfacția legată de performanța sexuală și aspectul fizic al partenerei, și îndoiala legată de valoarea căsniciei. Astfel de atitudini sunt clar în detrimentul relațiilor cu partenerele și ne putem gândi că sunt legate și de infracțiunile la adresa femeilor.

Dar ar trebui oare să tragem concluzia că aceste credințe și acțiuni misogine sunt cauzate de consumul de pornografie, așa cum presupun mulți comentatori sociali? Cele mai multe studii pur și simplu arată o asociere statistică între consumul de pornografie și astfel de trăsături. Ele nu dezvăluie dacă acestea iau naștere din consumul de pornografie. De exemplu, consumul intens de pornografie poate, într-adevăr, să cauzeze cruzime față de femei, dar cruzimea deja existentă față de femei poate, la fel de bine, să ducă la consumul de pornografie. Alternativ, un al treilea factor, cum ar fi problemele personale ale consumatorului, poate duce atât la consumul de pornografie, cât și la cruzimea față de femei.

Cercetătorii le-au întrebat și pe partenerele bărbaților mari consumatori de pornografie cum se simt ele în legătură cu obiceiurile partenerilor. Psihologa Ana Bridges, de la Universitatea Arkansas, și colegii ei au constatat că, deși cele mai multe femei au avut scoruri generale mici pe dimensiunea suferinței provocate de consumul de pornografie al partenerului, cele mai multe au subliniat și unele afirmații din chestionar care

indicau prezența angoasei. De exemplu, 42% au fost de acord că obiceiul partenerului de a se uita la pornografie le face să se simtă nesigure, 39%, că obiceiul partenerului are un efect negativ asupra relației, iar 32%, că le afectează în mod negativ activitatea sexuală, lăsând să se înțeleagă că obiceiul poate avea dezavantaje.

## Dependenți de pornografie?

Chiar dacă pornografia se dovedește primejdioasă atât pentru consumatori, cât și, în unele cazuri, pentru partenerele lor, ea poate sau nu poate să creeze dependență. Oamenii de știință dezbat dacă „dependență” este termenul potrivit pentru comportamentele excesive din cadrul jocurilor de noroc, cumpărăturilor, navigării pe internet, activităților sexuale și consumului de pornografie pe internet. Cei care sunt în favoarea recunoașterii așa-numitelor „adicții comportamentale” susțin că unele acțiuni nemoderate au caracteristici similare cu dependența de alcool și de droguri. Acestea includ gratificațiile excesive și uzul continuat, în ciuda efectului negativ asupra consumatorului.

Scepticii contraargumentează însă arătând că, deși oamenii se pot angaja în mod excesiv în unele activități și uneori suferă consecințe distructive pentru viața lor, ei rareori dezvoltă o toleranță sau simptome evidente de sevraj — două mărci ale dependențelor. Unii critici, de

asemenea, susțin că eticheta de „dependent” adaugă o stigmă care nu este necesară pentru aceste probleme. Alții susțin că această descriere îi face pe oameni să nu se mai simtă responsabili de aceste comportamente problematice în plan social, care rămân, cel puțin parțial, sub controlul lor.

Cu toate că cercetătorii abia ce au început să exploreze posibilele dezavantaje ale consumului de pornografie în general și de pornografie pe internet în particular, rezultatele multor studii asupra expunerii la pornografie sugerează că vizionarea acestor materiale poate uneori să fie dăunătoare. Ca rezultat, psihoterapeuții trebuie să fie atenți la aceste comportamente ale clienților lor, în special atunci când le afectează relațiile romantice. O înțelegere mai bună a modului în care pornografia pe internet îi afectează pe bărbații și femeile atrase de ea poate duce în cele din urmă la tratamente semnificative pentru cei în cazul cărora obiceiul consumului de pornografie îi afectează atât pe ei, cât și pe apropiații lor.

### **Lecturi recomandate**

Doring, N.M. (2009), The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research, *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089–1101.

Malamuth, N.M., Addison, T. & Koss, M. (2000), Pornography and sexual aggression: Are there reliable effects and can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 11, 26–91.

Weir, K. (2014), Is pornography addictive? *Monitor on Psychology*, 45, 46.

Young, K.S. (2008), Internet sex addiction: Risk factors, stages of development, and treatment, *American Behavioral Scientist*, 52(1), 21–37.

# 25

## E de ajuns să spui „nu“?

„E de ajuns să spui «nu»“. În 1982, Prima-Doamnă a Statelor Unite, Nancy Reagan, a rostit aceste cuvinte, ca răspuns la întrebarea unei eleve care dorea să știe ce ar trebui să spună dacă cineva îi oferă droguri. Sugestia Primei-Doamne a devenit curând sloganul mișcării pentru prevenția consumului de droguri în rândul adolescenților din anii 1980 și ulterior. De atunci, școlile din întreaga țară au instituit programe menite să descurajeze consumul de alcool și de droguri în rândul elevilor, cele mai multe, avându-i ca țintă pe copiii de 10–11 ani și câteva fiind axate pe adolescenți.

Există un motiv serios de îngrijorare cu privire la abuzul de substanțe în rândul copiilor și adolescenților. Un sondaj la scară mare realizat în Statele Unite în 2012 de către psihologul Lloyd D. Johnston și colegii săi, de

la Universitatea Michigan, a dezvăluit că nu mai puțin de 24% dintre elevii de clasa a XII-a s-au angajat în consum compulsiv de alcool (cinci sau mai multe băuturi cu o singură ocazie) în ultimele două săptămâni. Mai mult, 42% consumaseră cel puțin un pic de alcool în ultima lună, la fel ca 11% dintre elevii de clasa a VIII-a și 28% dintre elevii de clasa a X-a. În plus, 1% dintre elevii de clasa a XII-a încercaseră metamfetamină și aproape 3% consumaseră cocaină în ultimul an.

În încercarea de a reduce aceste cifre, programele de prevenire a abuzului de substanțe adesea îi educă pe școlari cu privire la pericolele consumului de droguri, îi învață pe elevi abilități sociale pentru a rezista presiunii grupului și îi ajută pe tineri să înțeleagă faptul că a spune „nu” este un lucru acceptabil din punct de vedere social. La suprafață, toate aceste abordări par a fi de bun-simț, astfel că realizatorii de politici, educatorii și părinții presupun că acestea funcționează. Totuși, se dovedește că metodele care presupun interacțiuni sociale funcționează mai bine decât cele care pun accent pe educație.

Această descoperire poate explica motivul pentru care cel mai popular program de prevenție s-a dovedit a fi inefficient — și poate chiar a crescut abuzul de substanțe în rândul adolescenților.



## Refuzul trebuie exersat

Cel mai promovat program nord-american de prevenție a abuzului de substanțe la adolescenți se cheamă Educația pentru Rezistența la Abuzul de Droguri, cunoscut și prin acronimul D.A.R.E.<sup>\*\*\*\*\*</sup>. Creat în 1983 de Departamentul de Poliție din Los Angeles, D.A.R.E. presupune ca polițiști îmbrăcați în uniforme să meargă în școli pentru a-i avertiza pe elevi cu privire la pericolele consumului de droguri și pentru a le aduce la cunoștință plusurile unui mod de viață lipsit de droguri. În cele mai multe cazuri, ofițerii fac acest lucru o dată pe săptămână, timp de 45–60 de minute, pe parcursul mai multor luni. D.A.R.E. este un program extrem de popular; conform paginii de internet a programului, acesta a fost introdus în 75% dintre inspectoratele școlare din Statele Unite și în 52 de țări. În multe comunități din Statele Unite, abțibildurile, tricourile și mașinile de poliție inscripționate cu cuvântul D.A.R.E. au devenit accesorii obișnuite.

În ciuda acestei propagande gălăgioase, datele indică faptul că programul face prea puțin sau nimic pentru a combate consumul de substanțe la tineri. O metaanaliză (o revizuire matematică) din 2009, realizată pe 20 de studii controlate de către statisticienii Wei Pan, care lucra atunci la Universitatea din Cincinnati, și Haiyan Bai, de la Universitatea Central Florida,

a arătat că adolescenții înscriși în acest program prezintă aceeași probabilitate de a consuma droguri ca și cei care nu au beneficiat de nicio intervenție de acest tip.

Câteva indicii cu privire la deficiențele D.A.R.E. vin de la psihologa Pim Cuijpers de la Institutul de Sănătate Mentală și Dependențe din Utrecht. Într-o sinteză a 30 de studii publicate în anul 2002, ea a încercat să identifice elementele comune pentru programele de succes. Cuijpers a arătat că cele mai eficiente programe presupun interacțiuni substanțiale între instructori și studenți. Ele îi învață pe elevi abilități sociale de care au nevoie ca să refuze drogurile și le oferă oportunități de a practica aceste abilități alături de alți elevi — de exemplu, îi implică pe elevi în jocuri de rol axate pe conversații legate de droguri, în timp ce instructorii îi învață ce să zică și ce să facă. De asemenea, programele care funcționează iau în seamă comportamentele normative: aceste programe îi conștientizează pe elevi cu privire la faptul că, în realitate, consumul de substanțe ilicite nu este atât de frecvent și încearcă astfel să contracareze concepția eronată că abstinerea de la droguri ar face din respectiva persoană un „ciudat“.

Aceste concluzii au fost fundamentate în anul 2011 de epidemiologa Melissa Stigler, de la Școala de Sănătate Publică de la Universitatea Texas, și de colegii ei, într-o revizuire a studiilor privind programele de

prevenție a abuzului de substanțe. Studiul a observat, de asemenea, că programele care se desfășoară în mai multe ședințe — ideal, pe parcursul mai multor ani — obțin rezultate deosebit de eficiente, probabil pentru că le oferă elevilor lecții care sunt repetate pe parcursul timpului, pe măsură ce copiii se maturizează și se confruntă cu medii diferite.

Programului D.A.R.E. îi lipsesc unele dintre aceste elemente-cheie. În mod tipic, acesta durează doar câteva luni în loc de câțiva ani. Mai mult, le oferă elevilor puține oportunități de a exersa cum să refuze o ofertă de a consuma droguri. Într-adevăr, Cuijpers a observat că programele pur educaționale, care presupun o angajare foarte mică sau nulă în interacțiuni sociale directe cu alți elevi, sunt de obicei ineficiente. Este puțin probabil ca sfatul adresat participanților de a „spune doar «nu»“ drogurilor să producă efecte de durată, din cauză că multora le lipsesc abilitățile interpersonale necesare. Programele coordonate exclusiv de către adulți, cu puțină implicare din partea studenților în concepția și implementarea lor — o altă trăsătură frecventă a D.A.R.E. —, par a fi relativ lipsite de succes, așa cum am spus, probabil din cauză că elevii nu exersează cum să le spună „nu“ altor copii.

## Intențiile bune se răzbună

Din păcate, ocazional, programele D.A.R.E. pot avea chiar efecte adverse din perspectiva

consumului unor substanțe mai ușoare, precum alcoolul și țigările. Într-o sinteză din 2002, psihologul Chudley Werch, acum președinte al Centrului Prevention PLUS Wellness din Jacksonville, Florida, și profesoara în domeniul sănătății Deborah Owen, de la Universitatea din Florida de Nord, au raportat o ușoară tendință a adolescenților care au participat la D.A.R.E. de a fi mai înclinați către consumul de alcool și de țigări, în comparație cu adolescenții care nu au fost expuși la acest program. Ușoare efecte negative ale programelor de tip D.A.R.E. cu privire la consumul de alcool și fumat au fost raportate și într-un studiu din 2009, realizat de profesoara de sănătate publică Zili Sloboda, de la Universitatea Akron, și de colegii ei. Motivele acestui potențial efect de bumerang sunt neclare. Totuși, punând accent pe pericolele abuzului de droguri puternice, D.A.R.E. ar putea, involuntar, să dea impresia că alcoolul și tutunul sunt inofensive în comparație cu alte droguri.

Aceste descoperiri științifice contrastează puternic cu credința susținută de păturile largi ale profesorilor și părinților că D.A.R.E. chiar funcționează. Un motiv al acestei discrepanțe, spun psihologul clinician Donald R. Lynam, care acum activează la Universitatea Purdue, și colegii săi într-un articol din 1999, este faptul că profesorii și părinții ar putea supraestima prevalența consumului de substanțe ilicite în rândul copiilor. În consecință, ei pot

presupune un declin al consumului, atunci când elevii înscriși în program se abțin de la alcool și de la alte droguri. Dar această concluzie este eronată, căci și copiii care nu au participat la programul de prevenție a consumului de droguri prezintă niveluri de consum de droguri la fel de scăzute, dacă nu chiar mai scăzute. În plus, așa cum observă Lynam și colegii săi, D.A.R.E. pare să implice că cei mai mulți dintre copiii expuși la figuri de autoritate care îi avertizează că este periculos să consume droguri chiar vor lua în seamă aceste avertismente.

Vestea bună este că unii dintre promotorii programului D.A.R.E. au devenit mai atenți la concluziile pesimiste ale acestor cercetări și încorporează elemente care pot fi mai eficiente, precum jocul de roluri între colegi. Cercetările privind aceste programe ajustate ne vor arăta curând dacă influențează, în măsură cât de mică, problema considerabilă a abuzului de substanțe în rândul adolescenților vulnerabili.

### **Lecturi recomandate**

Lynam, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., Clayton, R. (1999), Project DARE: No effects at 10-year follow-up, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 590–593.

Tripodi, S.J., Bender, K., Litschge, C. & Vaughn, M.G. (2010), Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A

meta-analytic review, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164(1), 85–91.

---

\*\*\*\*\*

Acronimul provine de la: *Drug Abuse Resitance Education*. În limba engleză cuvântul *dare* înseamnă *a îndrăzni*. (N.t.)

# Partea a V-a

**Tulburările de externalizare**



# Introducere

Problemele de externalizare au ca prime simptome comportamente impulsive și uneori agresive îndreptate către exterior. Această categorie largă de afecțiuni include tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de conduită, pedofilia și tulburarea explozivă intermitentă. Nu există o categorie formală a tulburărilor de externalizare în *DSM-5*, dar de obicei sintagma este folosită în psihopatologie, în special pentru tulburările copilului și adolescentului.

Comportamentele analizate în această secțiune pot cauza probleme fizice și legale grave atacatorilor și daune fizice și psihologice grave celor aflați „la primire”. Credințele eronate în aceste arii pot împiedica dezvoltarea unor tratamente eficiente și a unor politici sociale și legale care să îi ajute pe indivizii afectați de aceste tulburări și pe victimele lor. În această secțiune punem sub semnul întrebării câteva dintre credințele legate de unele tulburări de externalizare. Aceste mituri se regăsesc în următoarele întrebări:

- Majoritatea prădătorilor sexuali recidivează?
- Cele mai multe dintre persoanele nervoase în trafic au probleme și în alte arii ale vieții lor?
- Bărbații sunt aproape întotdeauna mai agresivi decât femeile?

# 26

## Furia la volan

### Ce este și ce putem face?

Să ne gândim la următoarele știri care nu sună deloc bine:

- Un motociclist l-a ucis prin împușcare pe șoferul unei mașini „pentru că mergea prea încet”.
- Un grup mare de oameni bloca ieșirea din parcare a unui club de noapte. Un șofer care și-a pierdut răbdarea tot așteptând să treacă acel pâlc a intrat cu mașina direct în mulțime, rănind grav șapte oameni.

- Atunci când un șofer i-a tăiat calea lui Jack Nicholson, actorul a așteptat până când ambele mașini s-au oprit la culoarea roșie a semaforului, a ieșit din mașină și a lovit cu o crosă de golf parbrizul și plafonul celeilalte mașini. Apoi actorul a revenit la mașina sa și a plecat mai departe.

Desigur, *tu* nu ai face asemenea lucruri. Sau ai face? De fapt, ai putea reacționa și tu așa, pentru că furia la volan este remarcabil de larg răspândită. Un sondaj arată că 34% dintre respondenți au raportat că au comis acte generate de furie în trafic, în timp ce 41% au raportat că au fost victime ale unor astfel de acte. Aceste statistici ar putea fi chiar subestimări. Pe de o parte, mulți respondenți s-ar putea să nu vrea să recunoască faptul că sunt furioși în trafic, pentru că furia este sociabil indezirabilă. De asemenea, statistic, avem mai mulți oameni care raportează că au fost ținte mai degrabă decât inițiatori ai actelor de furie în trafic, ceea ce sugerează că unii inițiatori s-ar putea să nu recunoască faptul că au reacționat cu mânie.

Psihologa Elisabeth Wells-Parker, de la Universitatea de Stat Mississippi, și asociații săi au sugerat că termenul de „furie la volan” presupune incidente specifice de mânie și agresivitate îndreptate cu intenție împotriva altor șoferi, vehicule sau obiecte. Atunci când

acest comportament erupe, prezența armelor de foc poate înrăutăți situația. Așa cum au arătat medicul Matthew Miller, de la Facultatea de Sănătate Publică Harvard, și colegii săi, 11% dintr-un eșantion de 790 de șoferi selectați la întâmplare au raportat că au în mașină, întotdeauna sau uneori, un pistol (de obicei încărcat).

## Cine sunt acești oameni?

Oricine poate fi susceptibil de reacții furibunde în trafic. Furioșii de la volan sunt bărbați și femei, tineri și bătrâni, bogați și săraci, tulburați mental și sănătoși, oameni cu și fără probleme de furie generalizate și membri ai tuturor etniilor. Unii se înfurie aproape de fiecare dată când conduc, în timp ce alții se mânie mai rar. Cu toate că răzbunarea agresivă, precum atacul sau crima, caracterizează capătul extrem al spectrului acestor comportamente, cei mai mulți dintre șoferii nervoși prezintă reacții mai puțin grave, precum insulte verbale, gesturi obscene, apăsarea claxonului, intrarea agresivă în fața altor șoferi și angajarea în urmărirea altor mașini.

Totuși, cercetările indică unele trăsături comune ale persoanelor susceptibile de acte de agresivitate atunci când se află la volan. Oamenii cu tendințe agresive în situații diverse, inclusiv în familie și la serviciu, au o probabilitate crescută de furie la volan. Șoferii

tineri sunt mai înclinați la astfel de comportamente decât șoferii mai înaintați în vârstă. Bărbații manifestă o predilecție mai mare pentru furie, deși recent femeile încep să îi ajungă din urmă. Mulți dintre cei care se înfurie la volan sunt, de altfel, cetățeni-model, cu succese în muncă și în relații, și respectați în comunitățile în care trăiesc.

De ce unii oameni se înfurie și devin chiar violenți ca reacție la comportamentul iritant al altor șoferi, dar nu și alții? Psihologul Jerry Deffenbacher, de la Universitatea de Stat Colorado, a formulat ipoteza că unii oameni au o trăsătură sau o predispoziție către acest tip de comportament, care este stimulată de stilul de condus defectuos al altor șoferi. În multe dintre studiile lui, savantul a constatat că cei care prezintă niveluri mai scăzute ale trăsăturii sunt mult mai puțin înclinați să reacționeze cu furie când sunt la volan, chiar și atunci când sunt expuși la aceiași factori declanșatori.

Alți cercetători au încercat să descopere natura acestei trăsături și au constatat, în studiile lor, că cei înclinați să se înfurie la volan prezintă una sau mai multe caracteristici, precum: agresivitate generală (care nu se limitează la șofat), niveluri crescute de stres, tendințe antisociale sau control scăzut al impulsurilor, toleranță scăzută la frustrare etc. Cercetătorii au demonstrat, de asemenea, că cei furioși la volan au o sensibilitate crescută la presupusele atacuri la adresa stimei lor de sine. De exemplu, în practica sa clinică, Hal

Arkowitz, coautor al acestui volum, a constatat că persoanele cu probleme legate de furia la volan percep comportamentele agasante ale altor șoferi ca pe un semn de lipsă de respect și ca pe o insultă personală mai degrabă decât să atribuie acele comportamente lipsei de atenție sau nesăbuiinței celorlalți șoferi. Arkowitz a considerat că este util să-i ajute pe clienții săi să învețe că „nu este vorba despre ei”. De asemenea, s-a constatat că anumite probleme psihice corelează cu trăsătura de furie la volan, inclusiv tulburările de personalitate antisocială și borderline, precum și abuzul de alcool și substanțe.

Se pare că persoanele furioase la volan reprezintă un grup foarte pestriț de oameni. Ei pot avea doar unul sau mai multe dintre atributele descrise mai sus sau pot avea alte trăsături pe care încă nu le-am descoperit. Indiferent care sunt factorii declanșatori însă, cei care se înfurie la volan par să reacționeze bine la terapii de diferite tipuri.

## Prevenție și tratament

Deși cea mai bună opțiune este prevenția, cercetările au arătat că și tratamentul poate fi eficient. Deffenbacher a condus două experimente în care subiecții primeau fie doar un antrenament pentru relaxare, fie antrenamentul pentru relaxare alături de alte terapii menite să modifice gândurile disfuncționale ale subiecților cu privire la

șofat. În general, subiecții s-au simțit mai bine cu un tratament sau altul decât fără niciun tratament. Aceste studii au fost bine proiectate, dar trebuie să avem grijă la extrapolarea rezultatelor la populația mai largă, deoarece toți subiecții erau studenți de facultate și, deci, nu reprezintă întreaga gamă de furioși la volan.

Recent, psihologa Tara E. Galovski, de la Universitatea Missouri-St. Louis, și colegii săi au evaluat o terapie de grup pentru furia la volan, adresată adulților care fie s-au înscris singuri în program, fie au fost trimiși de un judecător. Tratamentul consta în patru ședințe de câte două ore săptămânal, care includeau educație cu privire la furia și mânia la volan, asumarea faptului de a fi nervos în trafic, tehnici de relaxare, abilități de adaptare (*coping skills*) și antrenamentul unor moduri diferite de a gândi situațiile care declanșează furia șoferilor. Cei care au primit acest tratament s-au simțit mult mai bine decât cei care nu l-au primit și și-au redus comportamentul agresiv în medie cu peste 60%.

Pe lângă combaterea acestei probleme prin tratamente administrate individual, liderii politici pot face unele schimbări care să reducă furia la volan la nivelul societății largi. Sociologul Mark Asbridge, de la Universitatea Dalhousie din Halifax, și asociații săi au făcut unele recomandări interesante. Una dintre acestea constă în a aplica pedepse noi sau mai mari pentru furia la volan. Legea deja acoperă



formele extreme, precum atacul și conducerea periculoasă a unui autovehicul. Asbridge și colegii săi sugerează că ar putea fi valoroasă adoptarea pe scară mai largă a unei legi australiene care stipulează că șoferii nu au voie să conducă într-o manieră care să reprezinte pentru alții o „amenințare“, un risc de accidentare a unor persoane sau de provocare a unor daune materiale.

Alte propuneri sunt educația prin intermediul mass-media cu privire la furia la volan și cum poate fi ea evitată, modificări la nivel social, precum reducerea congestiei în trafic și promovarea transportului public, programe ale instanțelor de judecată pentru șoferii furioși condamnați și modificarea încă din proiectare a mașinilor, pentru a preveni folosirea excesivă a farurilor și a claxonului. Unele mașini au fost deja proiectate, astfel încât să fie prevenită apropierea excesivă de mașina din față.

Încheiem cu o scurtă povestioară. Hal Arkowitz obișnuia să conducă la serviciu pe o șosea pe marginea căreia era plasat vizibil un panou publicitar care făcea reclamă la o firmă de pompe funebre. Prezenta imaginea unei capele funerare, alături de câteva cuvinte simple, dar de efect: „Conduceți cu atenție, noi putem aștepta“. Sperăm că o mai mare conștientizare a furiei la volan și a tratamentelor adecvate ne va ajuta să îi lăsăm pe cei din reclamă să ne aștepte multă vreme de-acum înainte.

## Lecturi recomandate

Galovski, T. & Deffenbacher, J. (2014), Road rage, în L. Grossman & S. Walfish (coord.), *Translating psychological research into practice* (pp. 469–475), New York: Springer.

Larson, J. & Rodriguez, C. (1999), *Road rage to road-wise*, New York: Tom Doherty Associates.

# 27

## **Prădătorii sexuali sunt sortiți să recidiveze**

**Sau nu?**

Infracțiunile sexuale ne produc sentimente de repulsie și de dezgust atât de puternice, încât probabil că nu surprinde pe nimeni faptul că lumea înțelege greșit natura acestor fapte. Publicul, ale cărui opinii sunt întărite de portretizările din media și din cultura populară, crede că aproape întotdeauna infractorii sexuali vor repeta actele criminale și că toate tratamentele pentru abuzatori sunt ineficiente. Adevărul nu este chiar așa de categoric și ne dă speranță în anumite cazuri.

Înainte de lua în discuție aceste credințe, avem nevoie de câteva noțiuni de bază. Cele mai comune două tipuri de infracțiuni sexuale sunt violul și agresiunea sexuală a minorilor, dar mai există și altele (vezi Caseta 27.1). În

cele mai multe cazuri, victima, de obicei de gen feminin, îl cunoaște pe făptaș, în general de gen masculin. După unele estimări, o treime sau mai mult dintre infractorii sexuali au vârste mai mici de optsprezece ani, unii având chiar și cinci ani. Oricum, cei mai mulți abuzatori încep infracțiunile sexuale în adolescență. Dar ce ne spun cercetările despre credințele populare privitoare la acești abuzatori?

### **Caseta 27.1 Categori de infracțiuni sexuale**

Există mai multe categorii de infracțiuni sexuale; descrierile legale precise ale tipurilor de infracțiuni sexuale pot varia de la o țară la alta. Nu toate comportamentele sexuale neobișnuite sunt ilegale. De exemplu, în SUA, nicio lege nu interzice travestirea, care de obicei se referă la un bărbat heterosexual care se îmbracă în haine de femeie.



<i>Infracțiunea</i>	<i>Descrierea generală</i>
Viol	Act sexual cu un minor sau cu un adult în care acesta nu și-a dat consimțământul
Agresiune sexuală	Act de natură sexuală, săvârșit prin constrângere, între un adult și un minor care nu sunt rude
Incest	Act de natură sexuală între un adult și un minor care sunt rude
Exhibiționism	Expunerea organelor genitale în fața unui străin care nu consimte
Voyeurism	Privirea altor persoane, fără știința lor, când fie sunt dezbrăcate, fie întrețin relații sexuale

Frotteurism	Atingere de natură sexuală a unei persoane fără ca aceasta să fie conștientă de natura acestui gest
-------------	---

## Infractori recidiviști

Mai întâi ideea că recidiva (actul infracțional repetat) este inevitabilă în cazul prădătorilor sexuali trebuie revizuită. Cercetătoarea infracțiunilor sexuale Jill Levenson, de la Universitatea Lynn din Florida, și colegii ei au constatat că o persoană obișnuită crede că 75% dintre infractorii sexuali vor repeta faptele comise. Această percepție este concordantă cu portretizările din media, cum sunt cele din serialele de televiziune ca *Law and Order: Special Victims Unit*, în care infractorii sexuali sunt aproape întotdeauna portretizați ca niște recidiviști cronici.

Dovezile sugerează altceva. Cercetătorii infracțiunilor sexuale R. Karl Hanson și Kelly E. Morton-Bourgon, de la Departamentul de Siguranță Publică din Canada, au realizat o metaanaliză la scară largă (o revizuire cantitativă) a ratelor de recidivă în rândul infractorilor sexuali adulți. Ei au găsit o rată de 14% într-o perioadă medie de 5–6 ani. Ratele de recidivă au crescut pe măsură ce a fost

extins intervalul studiat, atingând 24% după 15 ani. Aceste cifre sunt clar în discordanță cu așteptările înfricoșate ale publicului.

De asemenea, contrar descrierilor din media, cei mai mulți infractori nu se „specializează” pe un anumit tip de infracțiune sexuală. Cei mai mulți sunt „generalişti”, care se angajează într-o diversitate de infracțiuni sexuale, dar și în alte fapte ilegale, care nu sunt de natură sexuală. Hanson și Morton-Bourgon au constatat că infractorii sexuali au o rată totală de recidivă (atât pentru infracțiuni sexuale, cât și de alte tipuri de infracțiuni) de aproximativ 36% într-o perioadă de 5-6 ani. În plus, ratele de recidivă variază în funcție de natura infracțiunii sexuale inițiale. Rata de recidivă la 15 ani este de 13% pentru infractorii care comit incest, de 24% pentru violatori și de 35% pentru agresori de băieți.

Atunci când vrem să clarificăm faptul că ratele de recidivă sunt mai mici decât cele la care ne-am aștepta, trebuie să fim atenți să nu simplificăm în mod exagerat. Cercetările privind recidiva sunt pe cât de dificile, pe atât de importante. De exemplu, deși ratele medii ne spun care este procentul de infractori care recidivează o dată sau de mai multe ori, trebuie să conștientizăm, de asemenea, că există un subgrup care recidivează cu rate înspăimântător de înalte. În plus, există motive să credem că cifrele publicate subestimează ratele adevărate. Cele mai multe studii îi omit inevitabil pe infractorii care nu au fost



detectați și arestați sau ale căror victime nu au raportat infracțiunea. Mai mult, mulți prădători sexuali încheie acorduri cu procuratura, obținând pedepse pentru infracțiuni care nu au natură sexuală.

Totuși, există și alte motive să credem că ratele de recidivă ar putea să nu fie chiar atât de diferite de cele constatate de cercetători. Cei care comit infracțiuni repetate prezintă un risc mai mare de a fi prinși. Multe măsuri de siguranță probabil că ajută la menținerea sub control a ratei de recidivă. Infractorii sexuali eliberați pe probațiune sunt îndeaproape monitorizați, iar cei considerați cu risc mare de recidivă sunt înscriși în registrul agresorilor sexuali. Aceste registre sunt distribuite organelor de poliție. În sfârșit, pe infractorii sexuali cu risc mare, statele trebuie să-i identifice public conform legii. Departamentul de Justiție din SUA coordonează o pagină pe internet

([www.fbi.gov/hq/cid/cac/registry.htm](http://www.fbi.gov/hq/cid/cac/registry.htm)), care permite oricui să caute identitatea și localizarea infractorilor cunoscuți.

Luând în considerare cercetările efectuate și limitele lor, credința generală privind ratele foarte ridicate de recidivă pare să fie incorectă, cu toate că acest verdict s-ar putea schimba în viitor.

## Realitățile tratamentului

Dacă recidiva nu este atât de frecventă pe cât cred oamenii în general, să vedem acum ce crede lumea despre eșecul sau succesul unui tratament. Levenson și colegii săi au descoperit că, în mod uimitor, 50% din public crede că tratamentul infractorilor sexuali este inefficient și că nu îi va împiedica să recadă. Totuși, unele studii au arătat că tratamentul poate reduce în mod semnificativ recidiva, atât în cazul infracțiunilor sexuale, cât și al celor de altă natură. Hanson și colegii săi au realizat o metaanaliză cu privire la tratamente și au constatat că 17% dintre subiecții netratați au comis din nou infracțiuni, în timp ce doar 10% dintre cei tratați au făcut acest lucru. Combinarea ratelor de recidivă pentru infracțiunile sexuale și pentru agresiunile de altă natură a arătat că 51% dintre subiecții netratați și 32% dintre cei tratați au comis din nou aceleași fapte.

Avantajul tratamentului față de lipsa lui nu pare să fie atât de mare; deoarece metaanalizele grupează laolaltă mai multe studii, ele pot masca faptul că unele dintre cercetările vizate au descoperit efecte destul de mari ale tratamentului, iar altele au constatat efecte mai mici sau deloc. Rezultatele acestei metaanalize sugerează, de asemenea, că facem probabil

unele progrese. Studii mai recente arată beneficii semnificativ mai mari ale tratamentelor, față de studiile mai vechi.

Cele mai multe intervenții folosesc mai multe tratamente. Majoritatea include două componente: terapia cognitiv-comportamentală, care are ca scop să schimbe gândurile, comportamentele și tiparele de excitare deviante, și consilierea pentru prevenirea recăderilor, care are ca scop să îi învețe pe infractorii sexuali cum să anticipeze și să gestioneze problemele (cum ar fi sentimentele de furie sau de însingurare) care pot duce la comiterea din nou a unei infracțiuni.

Cu toate că dezvoltarea de tratamente pentru infractorii sexuali este încă în fază incipientă, studiile arată că terapia poate avea unele rezultate. Infractorii sexuali nu sunt toți sortiți să-și repete faptele oribile, iar noi — prin acțiuni ale publicului general, ale liderilor politici și legiuitorilor — putem încuraja această speranță, susținând în continuare cercetările cu privire la aceste terapii.

### **Lecturi recomandate**

Barbaree, H.E. & Marshall, W.L. (2005), *The juvenile sex offender* (ed. a 2-a), New York: Guilford Press.

Becker, J.V., Johnson, B.R. & Perkins, A. (2014), Paraphilic disorders, în R. Hales, S.C.

Yudofsky, & L.W. Roberts (coord.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (ed. a 6-a) (pp. 895–925), Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2005), The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154–1163.

# 28

## **Bărbații reprezintă sexul mai agresiv?**

Ideea că bărbații au fitilul mai scurt decât femeile a devenit un tabu în psihologie. Cu peste treizeci de ani în urmă, psihologe de la Universitatea Stanford, Eleanor Maccoby și Carol Jacklin, au conchis într-o carte de referință că diferențele dintre sexe sunt minime cu privire la cele mai multe dintre trăsăturile psihologice, dar sunt considerabile atunci când vorbim despre agresivitate. Această opinie a rezistat testului timpului.

Au avut dreptate Maccoby și Jacklin? Cercetări recente confirmă în mare afirmațiile lor, dar arată că femeile pot fi la fel de agresive, chiar dacă într-un mod mai puțin periculos.

## Bărbați nebuni<sup>\*\*\*\*\*</sup>

În 1995, regretatul psiholog David Lykken, de la Universitatea Minnesota, a scris că, dacă am i-am putea criogeniza în mod magic pe toți băieții și bărbații cu vârste cuprinse între doisprezece și douăzeci și opt de ani, am tăia cu două treimi ratele infracțiunilor comise cu violență. Datele susțin experimentul de gândire al lui Lykken. În Statele Unite, rata infracțiunilor cu violență la fete și femei cu vârsta de peste zece ani este de 1 din 56; cifra corespunzătoare pentru persoanele de sex masculin de aceleași vârste este de 1 din 9. Bărbații comit aproape 90% dintre crimele din Statele Unite; de asemenea, ei comit mai multe omucideri decât femeile în toate țările examinate de cercetători, conform unui raport din 1999, realizat de psihologa Anne Campbell, de la Universitatea Durham din Anglia.

Într-adevăr, cercetătorii au descoperit date consistente conform cărora, în afară de activitatea infracțională, bărbații manifestă niveluri mai frecvente și mai extreme de agresivitate fizică, existând totuși o excepție: în certurile domestice, așa cum vom vedea, datele sunt adesea răsturnate. Într-o sinteză cantitativă (metaanaliză) din 2004, realizată pe 196 de studii, psihologul John Archer, de la Universitatea Central Lancashire din Anglia, a constatat că bărbații sunt mai agresivi fizic (în proporții diferite) decât femeile la orice vârstă,

cu diferențe maxime între vârstele de douăzeci și treizeci de ani. Această diferență între sexe a fost regăsită în toate cele zece țări examinate de Archer, care au inclus Statele Unite, Finlanda, Spania, India, Japonia și Noua Zeelandă. Interesantă a fost constatarea cercetătorilor că bărbații sunt mai agresivi fizic și la nivelul gândurilor lor. În comparație cu femeile, bărbații au fantasme de omucidere mai frecvente și mai durabile în timp, se gândesc mai des la punerea în act a răzbunării față de dușmanii lor și relatează vise mai agresive fizic.



Figura 28.1 Sursa: Getty Images

## Echilibrarea scorului

Totuși, studiile arată că femeile sunt cel puțin la fel de înclinate ca bărbații să simtă furie și că ele se ceartă mult. În loc să-și exprime emoțiile de furie cu ajutorul pumnilor, femeile tind să folosească ceea ce regretatul psiholog Nicki

Crick, activ pe atunci la Universitatea Illinois, a numit în 1995, „agresivitate relațională“, o formă mai puțin evidentă, caracterizată prin manipularea socială în special a persoanelor de același sex. Popularizată de cărți precum *Odd Girl Out: The Hidden Culture of Aggression in Girls* [Fata ciudată se dezvăluie. Cultura ascunsă a agresivității la fete], de Rachel Simmons (Harcourt, 2002), agresivitatea relațională include răspândirea zvonurilor, bârfa, epatarea, datul ochilor peste cap, aplicarea „tratamentului tăcerii“ asupra celorlalți, transmiterea de bilețele sau SMS-uri cu răutăți pe la spatele rivalelor, excluderea celorlalți de la reuniunile sociale, înțepăturile devalorizante la adresa înfățișării rivalelor și alte atacuri ascunse derivate. Sexul așa-numit mai blând poate opta pentru astfel de tactici, întrucât fetele sunt învățate să nu-și arate deschis ostilitatea și pentru că relativa lor lipsă de forță fizică face ca violența să pară o strategie mai puțin promițătoare.

Dar fetele nu au pretenții de exclusivitate în ceea ce privește agresivitatea relațională. O metaanaliză din 2008, realizată de psihologul Noel Card, de la Universitatea Arizona, și colegii săi, sugerează că agresivitatea este la fel de des întâlnită atât la fete, cât și la băieți, pe parcursul copilăriei și al adolescenței. O altă cercetare sugerează că această absență a diferențelor dintre sexe persistă și la vârsta adultă.



Mai surprinzător este faptul că femeile sunt exact la fel de înclinate ca și bărbații să-și exprime ostilitatea — în acest caz fizic — în contextul unei relații romantice. Stereotipul popular este cel al abuzatorului domestic în chip de bărbat, care are obiceiul să-și bată partenera. Totuși, o cercetare făcută de Archer și sociologul Murray Straus, de la Universitatea New Hampshire, pune sub semnul întrebării acest scenariu. Surprinzător, analizele lor demonstrează că bărbații și femeile prezintă rate relativ egale de violență în relațiile de cuplu; unele studii sugerează că ratele agresivității fizice ale femeilor sunt chiar ceva mai mari. Această aparentă egalitate nu este doar rezultatul faptului că femeile răspund la agresivitate; ea se verifică și în cazurile în care altercațiile sunt pornite de către femei. Totuși, abuzul domestic în cadrul relațiilor intime prezintă o amenințare mai mare pentru femei decât pentru bărbați. Femeile suferă aproape până la două treimi din răniri, în mare din cauză că bărbații sunt mai puternici în medie decât femeile. În plus, femeile și bărbații diferă în ceea ce privește gravitatea acțiunilor lor; femeile sunt mai înclinate să zgârie sau să-și plesnească partenerii, iar bărbații cel mai adesea le lovesc cu pumnul sau le sugrumă pe partenerele lor.

## Să dăm vina pe biologie?

Până nu demult, cei mai mulți dintre psihologi credeau că diferențele de grad în ceea ce privește manifestarea agresivității fizice la bărbați și la femei izvorăsc din întărirea socială a rolurilor de gen tradiționale. Factorii sociali, fără îndoială, explică o parte dintre aceste diferențe. Dar într-un studiu publicat în 2007, psihologul Raymond Baillargeon, de la Universitatea Montreal, și colegii săi dezvăluie că, încă de la vârsta de 17 luni, 5% dintre băieți și doar 1% dintre fete se angajează în agresiuni fizice frecvente, precum lovitul cu piciorul și mușcatul. Mai mult, această diferență nu crește între 17 și 29 de luni, așa cum ar fi de așteptat dacă vinovate ar fi influențele sociale, precum socializarea de către părinți. Aceste constatări sugerează că există factori biologici, precum efectele testosteronului asupra funcționării creierului, care contribuie la diferențele dintre sexe în ceea ce privește comportamentul violent. Faptul că masculii sunt sexul mai beligerant practic la toate speciile de mamifere pe care le-au studiat biologii întărește această ipoteză.

Chiar și singura excepție de la această tendință — hiena cu pete — poate confirma regula. Hiena femelă, care este mai agresivă fizic decât varianta ei masculină, are niveluri mai mari de testosteron decât cele identificate la masculi.

## Lecturi recomandate

Archer, J. (2004), Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic Review, *Review of General Psychology*, 8, 291–322.

Bennett, S., Farrington, D.P. & Huesmann, L.R. (2005), Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills, *Aggression and Violent Behavior*, 10, 263–288.

Crick, N.R., & Grotpeter, J.K. (1995), Relational aggression, gender, and social psychological adjustment, *Child Development*, 66(3), 710–722.

---

\*\*\*\*\* *Mad Men*, în engleză, este o aluzie la titlul unui serial TV american dedicat vieții competitive din lumea publicității. (N.t.)

# Partea a VI-a

**Tulburările de personalitate**

# Introducere

*DSM-5* definește tulburarea de personalitate ca pe un „tipar stabil de trăiri interioare și comportamente care deviază marcant de la normele culturale ale mediului din care provine individul, care este rigid și generalizat, debutează în adolescență sau la începutul perioadei adulte, este persistent și conduce la disconfort sau disfuncție în domeniul social, profesional etc.“. Cercetătorii au constatat că aproximativ 10% din populație suferă de una sau mai multe astfel de tulburări.

În *DSM-5*, maniera în care sunt diagnosticate tulburările de personalitate prezintă doar mici modificări față de *DSM-IV-TR*. Acest lucru a fost surprinzător pentru multă lume, deoarece acest grup de diagnostice era recunoscut ca având deficiențe serioase. Printre numeroasele probleme se numără gradul scăzut de precizie, suprapuneri considerabile între criterii și utilizarea unui sistem categorial în locul unui dimensional.

Această din urmă deficiență a fost una dintre principalele critici aduse perspectivei *DSM-5* cu privire la tulburările de personalitate. Într-o viziune categorială, fie îndeplinești criteriile, fie nu. Există un consens în domeniu cu privire la faptul că tulburările de personalitate sunt mai acurat descrise de un sistem dimensional.

Acest lucru înseamnă că trăsăturile de personalitate care compun aceste tulburări sunt pe un continuum ce se întinde de la niveluri normale la niveluri patologice extreme. De exemplu, cu toții suntem suspicioși și neîncrezători față de ceilalți uneori, ca să descoperim mai târziu că aceste sentimente sunt nefondate. Acest lucru ni se poate întâmpla ocazional și atunci sentimentele asociate cu aceste gânduri sunt relativ slabe. Oamenii cu tulburare de personalitate paranoidă duc suspiciunea și neîncrederea la extrem. *DSM-5* descrie tulburarea de personalitate paranoidă ca un „tipar comportamental stabil și pervaziv caracterizat prin suspiciune și neîncredere generalizată față de ceilalți, motivele acestora fiind interpretate ca răuvoitoare“.

Versiunea dimensională reflectă realitatea faptului că toate caracteristicile de personalitate se înscriu pe un continuum. Deseori avem totuși nevoie să știm dacă unei persoane i se potrivește sau nu diagnosticul uneia dintre categoriile de tulburări de personalitate. Un sistem dimensional nu ne spune cum să determinăm punctele de limită dintre un nivel normal și unul patologic al unei trăsături. În practică, adesea, companiile de asigurări le cer terapeuților un diagnostic, pentru a deconta tratamentul pacientului. Din acest motiv sistemul categorial este practic o necesitate.

*DSM-5* include o secțiune cu privire la modelul alternativ propus pentru diagnosticul tulburării de personalitate. Acesta este un sistem propus pentru a fi luat în considerare de ediția viitoare a *DSM*. Este un sistem hibrid care oferă informații diagnostice atât categoriale, cât și dimensionale. De asemenea, probabil că în viitor se vor schimba categoriile de tulburări de personalitate, în principal pe baza descoperirilor din cercetare, și mai puțin pe baza „speculațiilor din fotoliu“, care au condus la tipurile actuale de tulburări de personalitate.

În această secțiune, vom examina ideile eronate cu privire la câteva dintre actualele diagnostice de personalitate: tulburările de personalitate narcisică și borderline, precum și o categorie care nu este în *DSM*, în ciuda faptului că mulți consideră că ar trebui să fie: psihopatia.

Deși psihopatia nu este inclusă în *DSM* ca tulburare de personalitate, ea are toate caracteristicile care definesc această clasă. În schimb, *DSM* descrie tulburarea de personalitate antisocială, care are unele suprapuneri cu psihopatia. Tulburările de personalitate antisociale se centrează pe un tipar pervaziv de comportamente care indică dezinteresul pentru ceilalți și violarea drepturilor altora. Constructul psihopatiei include comportamentele deviante, dar și unele stiluri emoționale (de exemplu, lipsa de remușcare sau empatie) și interpersonale

(manipularea). În această secțiune, vom pune, de asemenea, sub semnul întrebării validitatea câtorva dintre credințele larg răspândite cu privire la psihopați. Întrebările asupra cărora ne oprim aici sunt:

- Poate fi utilă o doză mică de narcisism? Oamenii cu tulburare de personalitate narcisică sunt adesea priviți negativ ca niște agresori egoiști. În capitolul 29, ne punem întrebarea dacă narcisismul poate avea și aspecte pozitive.
- Cei diagnosticați cu tulburări de personalitate borderline sunt lipsiți de speranță, destinați unei vieți de suferință emoțională și incapabili să atingă vreun succes în viață? Pot oamenii care suferă de această tulburare să fie tratați cu succes?
- Toți psihopații sunt violenți și psihotici?
- Este psihopatia netratabilă?



# 29

## 0 doză de narcisism poate fi utilă

Narcisismul a căpătat de multă vreme un prost renume. Reputația lui negativă datează cel puțin de pe vremea mitologiei antice, pe când frumosul vânător Narcis (care fără îndoială s-ar bucura să știe cât de mare îi este faima în ziua de astăzi) și-a descoperit propria reflexie într-un ochi de apă și s-a îndrăgostit de ea. În 1914, Sigmund Freud a asemănat narcisismul cu o perversiune sexuală, în care atracția romantică este îndreptată exclusiv către propriul sine. Perspectivele contemporane nu sunt deloc mai flatante. Introduceți cuvintele „narcisiști sunt” pe Google și cele mai populare patru cuvinte care completează fraza vor fi: „proști”, „răi”, „agresivi” și „egoiști”.

În 2008, psihologul Jean M. Twenge, de la Universitatea de Stat San Diego, și colegii săi au constatat că în ultimele patru decenii au

crescut scorurile pentru narcisism în rândul studenților de facultate din Statele Unite. Cu toate că datele sunt controversate, acești oameni de știință susțin că trăim într-o cultură tot mai narcisistă.

Parțial, oprobiul aruncat asupra narcisiștilor este, desigur, binemeritat. Totuși, cercetările descriu o imagine mai nuanțată. Cu toate că narcisiștii pot fi dificili și uneori nesuferiți, ei pot fi și lideri și performeri eficienți. Mai mult, din cauză că, în realitate, cu toții avem cel puțin câteva trăsături narcisice, putem afla câte ceva și despre noi înșine dacă îi înțelegem pe ei.

## Aviz narcisiștilor!

Psihologii conceptualizează narcisismul ca pe o centrare exagerată pe sine. Desigur, putem să fim cu toții un pic centrați pe sine uneori, dar pentru narcisiști sinele este o preocupare primordială. În laborator, psihologii măsoară adesea narcisismul folosind Inventarul Personalității Narcisice. Pentru a răspunde la acest chestionar, indivizii aleg câte o afirmație dintr-o pereche, precum „Prefer să mă amestec în mulțime/Îmi place să fiu în centrul atenției” sau „Nu sunt nici mai bun, nici mai rău decât mulți oameni/Cred că sunt o persoană specială”. Scorul obținut reflectă cât de narcisică este persoana respectivă.

Unii dintre itemii testului reflectă un adevăr valabil încă de pe vremea grecilor: narcisiștii

sunt obsedați de înfățișarea lor. În 2008 psihologa de la Universitatea Washington, Simine Vazire, și colegii ei au constatat că astfel de indivizi tind să poarte haine scumpe și să petreacă mult timp dichisindu-se. Datele confirmă, de asemenea, că persoanelor narcisice le place să vorbească despre sine.

În 1988, psihologii Robert Raskin, de la Universitatea California, Berkeley, și Robert Shaw, de la Universitatea Yale, au constatat, că în monologurile înregistrate, studenții narcisici erau semnificativ mai înclinați decât alți studenți să folosească cuvântul „eu” și mai puțin înclinați să folosească cuvântul „noi”.

În forme extreme, narcisismul poate deveni patologic. În cea mai recentă ediție a bibliei psihiatriei, *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, tulburarea de personalitate narcisică (TPN) este marcată de un sentiment exagerat al importanței de sine, de fantezii nerealiste de succes și de invidie intensă față de realizările altora. Persoanele cu tulburare de personalitate narcisică sunt, de asemenea, convinse că merită un tratament special. De exemplu, ele se pot înfuria că trebuie să aștepte la rând la restaurant în spatele altor oameni „mai mărunți”.

Dovezi tot mai numeroase sugerează că diagnosticul de TPN este, de fapt, un amestec de două soiuri diferite. Narcisismul grandios este forma flamboiantă, fanfaronardă, care probabil îi caracterizează atât pe liderii maligni — precum Benito Mussolini și Saddam

Hussein —, cât și pe mult-veneratele figuri istorice, precum Generalul George S. Patton. Varietatea „vulnerabilă” a TPN, mai puțin cunoscută, de preocupare exagerată de sine, îi caracterizează pe indivizii mai rezervați, mai fragili, care se pot asemana cu personajele șterse și hipersensibile portretizate de Woody Allen în filmele sale.

Nimeni nu știe cu adevărat ce cauzează preocuparea intensă față de sine pe care o manifestă narcisiștii. O ipoteză consideră că aceștia compensează stima de sine scăzută, devenind egocentrice. Dar această ipoteză îndrăzneată are o susținere științifică slabă; o altă teorie sugerează că numai narcisiștilor vulnerabili le lipsește sentimentul valorii de sine.

## Oglinda are două fețe

De obicei, narcisicii fac ravagii în jurul lor în viața de zi cu zi. Într-un studiu publicat în 2004, psihologul W. Keith Campbell, de la Universitatea Georgia, și colegii săi au arătat că narcisismul este legat de luarea de decizii supraîncrezătoare, dar grăbite, cum ar fi implicarea în jocuri de pariuri riscante; iar alte studii anterioare ale echipei lui Campbell au legat narcisismul de infidelitate. Narcisiștii sunt, de asemenea, înclinați spre agresivitate, în special ca urmare a insultelor, așa cum a arătat un studiu din 1998. Brad J. Bushman, activ acum la Universitatea de Stat Ohio, și Roy

F. Baumeister, în prezent la Universitatea de Stat din Florida, au raportat că studenții narcisici sunt mai înclinați decât alții să se răzbune, prin explozii puternice gălăgioase, împotriva altor „subiecți” (o echipă de experimenter) care le desființează eseul pe care îl scriseseră. Feedbackul negativ, argumentează autorii, este o amenințare la adresa orgoliului narcisiștilor.

Această tulburare clinică poate genera chiar și daune mai mari. În 2002, psihologul Paul Nestor, de la Universitatea Massachusetts, Boston, a constatat că indivizii cu trăsături marcate de TPN prezintă risc de violență și de tulburare de personalitate antisocială, o condiție asociată cu infracțiunile și alte acte iresponsabile. De asemenea, din disperarea pe care o simt persoanele foarte narcisice, atunci când alții încetează să le mai observe, rezultă și comportamente autodistructive. Într-un studiu din anul 2009, o echipă condusă de psihologul Aaron L. Pincus, de la Universitatea de Stat Pennsylvania, a asociat trăsăturile de narcisism patologic cu tentativele de suicid. Narcisiștii vulnerabili prezintă un risc particular de a-și face rău singuri. Date din 2011 sugerează că narcisismul vulnerabil, dar nu și cel grandios este legat de gândirea suicidară, autodistructivitate și suferință emoțională.

Totuși, narcisismul poate fi o sabie cu două tăișuri. O cercetare din 2009 condusă de psihologa Amy B. Brunell, de la Universitatea de Stat Ohio din Newark, a constatat că

indivizii narcisici se evidențiază rapid ca lideri în discuțiile de grup, iar într-un grup de studenți înscriși în programe de licență la managementul afacerilor, narcisiștii aveau tendința de a ocupa poziții de top. Aceste rezultate concordă cu un studiu anterior, în care psihologul Ronald J. Deluga, de la Universitatea Bryant, le-a cerut unor experți prezidențiali să clasifice șefii de stat ai SUA pe o scală a narcisismului. Președinții considerați mai narcisici au fost clasificați de un grup independent de istorici ca fiind deosebit de eficienți, charismatici și creativi. Trăsătura de narcisism prezentă la un lider poate uneori să îi îndepărteze pe potențialii suporteri. Psihologul Timothy A. Judge, de la Universitatea Florida, și colaboratorii săi au constatat că studenții narcisici de la programele de management tind să se perceapă pe ei înșiși ca fiind lideri mai buni, dar alții îi judecă drept mai slabi.

Avantajele narcisiștilor se extind totuși dincolo de calitățile de lider. Într-un studiu publicat în 2011, psihologul Peter D. Harms, de la Universitatea Nebraska-Lincoln, și colegii săi au arătat că indivizii narcisici excelează la interviurile de angajare simulate, în parte pentru că au talent la autopromovare. Aceste descoperiri ar putea coincide cu rezultatele din 2006 ale cercetătorilor de la Universitatea California de Sud, care au constatat că scorurile pentru narcisism ale celebrităților le depășesc pe cele ale populației generale.

Nu se cunoaște niciun remediu eficace pentru narcisism, în niciuna dintre cele două forme. Totuși, recunoașterea faptului că acești oameni extrem de centrați pe sine sunt probabil diferiți de noi mai degrabă ca grad, și nu ca natură ne poate ajuta să avem mai multă empatie pentru ei. Dacă un narcisist te tratează rău, iată o strategie de gestionare a situației: găsește un mod de a fi asertiv cu el și de a-i liniști în același timp orgoliul sensibil.

Cu toate că autopromovarea exagerată a narcisistului grandios poate fi periculoasă, această centrare pe sine în doze moderate poate fi avantajoasă atunci când vorbim despre succesul profesional și calitățile de lider. În această privință, am putea avea ceva de învățat de la cei care se pun pe ei înșiși în centrul universului.

### **Lecturi recomandate**

Campbell, W.K., & Miller, J.D. (coord.) (2011), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*, Hoboken: John Wiley & Sons.

# 30

## Adevărul despre personalitatea borderline

În iunie 2011 renumita Marsha M. Linehan, psiholog clinician la Universitatea din Washington, a făcut o mărturisire izbitoare. Recunoscută pentru munca ei de pionierat cu privire la tulburarea de personalitate borderline (TPB), o condiție psihiatrică severă și netratabilă, Linehan, în vârstă de șaizeci și opt de ani, a anunțat că în adolescență fusese spitalizată pentru TPB. Suicidară și autodistructivă, adolescenta Linhan se tăia în mod repetat pe membre cu cuțite și cu alte obiecte ascuțite și se lovea violent cu capul de pereții spitalului. Foaia de externare din 1963 o descria ca „unul dintre cei mai tulburați pacienți din spital”. Totuși, în ciuda unei a doua spitalizări, starea lui Linehan s-a



ameliorat în cele din urmă și ea și-a luat diploma de doctorat la Universitatea Loyola din Chicago, în 1971.

Mulți psihologi și psihiatri au fost șocați de dezvăluirea curajoasă a lui Linehan, comentată pe larg într-un articol din *New York Times*. În parte, surpriza lor izvora aproape sigur dintr-un adevăr inconfortabil: oamenii cu TPB sunt adesea considerați ca lipsiți de speranță, destinați unei vieți pline de suferință. De asemenea, în mod frecvent sunt văzuți ca fiind atât de tulburați, încât nu ar putea obține niciun succes în viața lor. Ca o consecință, indivizii cu realizări deosebite, precum Linhan, nu se potrivesc tiparului stereotipic al unui fost suferind de TPB.

Dar, așa cum sugerează cazul lui Linehan, o mare parte din pesimismul și stigmatul intens din jurul acestei tulburări este nejustificată. Într-adevăr, puține sunt tulburările psihologice mai greșit caracterizate sau mai puțin înțelese decât aceasta.

## Granițe neclare

Psihologul newyorkez Adolf Stern a consacrat termenul „borderline“<sup>\*\*\*\*\*</sup> în 1938, considerând că această condiție se află la „granița“ dintre nevroză și psihoză. Termenul este unul impropriu, întrucât tulburarea de personalitate borderline are prea puțin legătură cu cele mai multe dintre tulburările

psihotice. Este posibil ca această denumire să fi perpetuat o impresie eronată larg răspândită, conform căreia tulburarea ar afecta persoanele aflate la marginea psihozei, persoane care în cel mai bun caz au un contact slab cu realitatea. Deloc surprinzător, concepția populară despre tulburarea de personalitate borderline descrisă de filme, precum lung metrajul din 1987 *Fatal Attraction* (cu actrița Glenn Close în rolul unei femei care suferă de această condiție), este că acești indivizi acționează adesea în moduri bizare și violente.

O eroare comisă de unii clinicieni este să presupună că pacienții care nu răspund bine la tratament sau sunt rezistenți la sugestiile terapeuților sunt adesea pacienți „borderline”. Unii specialiști în sănătate mentală chiar par să atașeze în mod obișnuit eticheta de „borderline” practic oricărui client foarte dificil de gestionat. Așa cum observa psihiatrul George Vaillant de la Universitatea Harvard într-un articol din 1992, diagnosticul de TPB adesea reflectă reacțiile frustrate ale clinicienilor față de pacienții dificili.

În realitate, diagnosticul de TPB este aplicabil unui subgrup specific de indivizi, care sunt instabili emoțional și interpersonal. Pe drept cuvânt, Linehan a susținut că o denumire mai bună a acestei condiții ar fi aceea de „tulburare de dereglare emoțională”. Viața de zi cu zi a indivizilor cu TPB este în mare parte un carusel emoțional. Stările lor de dispoziție deviază deseori sălbatic de la normal la trist

sau la ostil, la cea mai mică provocare. Așa cum a indicat Linehan într-un interviu din 2009 pentru revista *Time*, „indivizii borderline sunt echivalentul pacienților cu arsuri de gradul trei. Pur și simplu nu au, ca să zicem așa, o piele emoțională”. Percepția lor despre alți oameni este inconstantă și adesea oscilează între adorația față de partenerii romantici într-o zi și detestarea lor în ziua următoare. Identitatea lor este la fel de instabilă; acestor pacienți le lipsește un sentiment clar despre cine sunt ei. Și controlul impulsurilor este slab; sunt înclinați către manifestări explozive de furie față de alții și față de ei înșiși. (Pentru mai multe informații despre simptomele, cauzele și tratamentul tulburării de personalitate borderline, vedeți „When Passion Is the Enemy”<sup>\*\*\*\*\*</sup>, de Molly Knight Raskin, în *Scientific American Mind*, iulie/august 2010.)

Presupunerea că aproape toți indivizii care se taie sunt borderline (precum cei care își fac tăieturi pe încheieturile mâinilor) alimentează și mai mult stigmatul atașat TPB. De fapt, într-un studiu din 2006 realizat pe 89 de adolescenți spitalizați, care prezentau comportamente de tăiere și forme asociate de autovătămare nonsuicidară, psihologul de la Harvard, Matthew Nock, și colegii săi au constatat că 48% nu îndeplineau criteriile de diagnostic pentru TPB. Cea mai mare parte dintre acești indivizi manifestau alte tulburări

de personalitate, cum ar fi tulburarea de personalitate evitantă, asociată cu frica pronunțată de respingere.

## De borderline nu mai scapi niciodată?

Două mituri înrudite despre TPB spun că cei care suferă de această condiție nu prezintă niciun fel de ameliorări în timp și că, în esență, această afecțiune este netratabilă. Totuși, mai multe studii indică faptul că există mulți pacienți cu TPB care nu mai prezintă diagnosticul după câțiva ani. Într-o cercetare din 2006, psihologii C. Emily Durbin și Daniel N. Klein, ambii lucrând atunci la Universitatea Stony Brook, au constatat că, deși 16% dintr-un număr de 142 de adulți cu tulburări psihiatrice îndeplineau inițial criteriile pentru TPB, doar 7% dintre ei le mai îndeplineau și după un deceniu. Mai mult, nivelurile medii ale simptomelor TPB prezente la acest eșantion au scăzut semnificativ în timp. Studiile psihologului Timothy J. Trull și ale colegilor săi de la Universitatea Missouri-Columbia sugerează în mod similar că mulți tineri care prezintă unele trăsături de TPB nu mai prezintă aceste trăsături și după o perioadă de doar doi ani, ceea ce indică faptul că adesea semnele timpurii de TPB dispar.

TPB nu este ușor de tratat. Totuși, Linehan a arătat că o intervenție pe care ea o numește „terapie dialectic-comportamentală” (DBT — *Dialectic Behavioral Therapy*) este de ajutor

într-o măsură modestă pentru mulți dintre cei care suferă de această condiție. DBT îi încurajează pe clienți să-și accepte emoțiile dureroase, conștientizând că sunt bolnavi și că au nevoie de ajutor. Îi învață pe pacienți abilități specifice de adaptare, precum mindfulnessul (observarea propriilor gânduri și sentimente fără judecată), tolerarea suferinței și gestionarea emoțiilor negative. Studiile controlate, revizuite de psihologul de la Universitatea Duke, Thomas R. Lynch, și de colegii săi, în anul 2007, arată că DBT reduce întrucâtva comportamentele suicidare și autodistructive ale pacienților. Lynch și colaboratorii săi au descoperit, de asemenea, că acest tip de terapie poate diminua sentimentele de disperare și alte simptome de depresie. Totuși, DBT nu este un panaceu și nu există dovezi clare că poate stabiliza identitatea sau relațiile interpersonale ale pacienților. Unele date preliminare, dar promițătoare sugerează că anumite medicamente, inclusiv stabilizatori de dispoziție precum Valporate, pot ameliora instabilitatea interpersonală și emoțională ce caracterizează tulburarea de personalitate borderline, conform unui studiu de sinteză din 2010 realizat de psihiatrul Klaus Lieb de la Centrul Medical Universitar din Mainz, Germania, și colegii săi.

## O continuă provocare

Nu toți pacienții cu tulburare de personalitate borderline (TPB) au o evoluție bună (nici singuri, nici cu tratament), dar chiar și cei care o au, de obicei, își continuă lupta cu demonii instabilității emoționale și interpersonale. Cu toate acestea, viziunile negative extreme cu privire la această afecțiune sunt nemeritate, la fel ca și etichetarea eronată a unei largi serii de populații psihiatrice ca fiind borderline. De asemenea, nu poate fi negat faptul că mulți clinicieni trebuie să devină mai judicioși în utilizarea etichetei de TPB și să evite lipirea ei practic pe orice pacient care i se opune sau care nu răspunde la tratament.

Din fericire, există loc pentru un optimism precaut. Așa cum observa psihiatrul Len Sperry, de la Universitatea Barry, într-o cercetare de revizuire din 2003, TPB este cea mai studiată dintre toate tulburările de personalitate, fapt ce rămâne adevărat și astăzi. Roadele acestor cercetări promet să ne ofere o înțelegere mai bună a TPB, ceea ce poate reduce stigmatul care înconjoară acest diagnostic atât de neînțeles. Dacă așa stau lucrurile, poate că va veni curând ziua în care oamenii de succes care s-au confruntat cândva cu TPB, așa cum a fost și Marsha Linehan, nu vor mai fi percepuți doar ca niște excepții care întăresc regula.

## Lecturi recomandate

Crowell, S.E., Beauchaine, T.P. & Linehan, M.M. (2009), A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory, *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510.

Friedel, R.O. (2004), *Borderline personality disorder demystified: An essential guide for understanding and living with BPD*, Boston: Da Capo Press.

---

\*\*\*\*\* Traducerea literală este „linie de graniță” sau „limită”. (N.t.)

\*\*\*\*\* Când *pasiunea este inamicul*, în engleză în original. (N.t.)



# 31

## Ce este un „psihopat“?

„Psihopat violent“ (89 700); „ucigaș în serie psihopat“ (38 700); „criminal psihopat“ (34500); „psihopat dezaxat“ (31 300).

Cu toții am mai auzit aceste expresii, și numărul de afișări de pe Google prezentat între paranteze (cu referire la sintagmele în engleză — *n.red.*) arată cât de răspândite sunt ele în cultura populară. Totuși, așa cum vom descoperi curând, fiecare expresie ascunde o concepție eronată larg răspândită cu privire la personalitatea psihopată, adesea denumită și psihopatie sau sociopatie. Într-adevăr, puține sunt tulburările care sunt atât de greșit înțelese precum este personalitatea psihopată. În acest capitol, ne vom strădui să îndreptăm lucrurile și să desființăm miturile populare legate de această boală.

## Fermecător, dar malefic

Descrisă pentru prima dată sistematic în 1941 de psihiatrul Hervey M. Cleckley, de la Colegiul Medical Georgia, psihopatia constă dintr-un set specific de trăsături de personalitate și de comportamente. La suprafață, fermecători, psihopații tind să facă o bună primă impresie asupra celorlalți și adesea să pară cât se poate de normali pentru cei care îi observă. Totuși, ei sunt centrați pe sine, lipsiți de onestitate și nedemni de încredere, iar uneori se angajează în comportamente iresponsabile, aparent fără niciun motiv, altul decât pura distracție. În mare parte lipsiți de sentimente de vinovăție, de empatie și iubire, ei au relații interpersonale și romantice haotice și brutale. Psihopații își găsesc de obicei tot felul de scuze pentru acțiunile lor nesăbuite și adesea reprobabile, dând vina pe alții. Rareori învață din propriile greșeli sau din feedbackul negativ și au dificultăți în inhibarea impulsurilor.

Deloc surprinzător, psihopații sunt suprareprezențați în închisori; studiile indică circa 25% dintre deținuți care îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru psihopatie. Cu toate acestea, cercetările mai sugerează și că un număr considerabil de psihopați se află printre noi în viața de zi cu zi. Unii cercetători speculează chiar că „psihopații de succes” — cei care obțin poziții proeminente în

societate — ar putea fi suprareprezențați în anumite ocupații, cum ar fi în politică, afaceri și divertisment. Totuși, dovezile științifice ale acestei ipoteze provocatoare sunt încă preliminare.

Cei mai mulți psihopați sunt bărbați, deși motivele pentru care apare această diferență între sexe sunt necunoscute. Psihopatia pare să fie prezentă atât în culturile occidentale, cât și în celelalte, inclusiv în cele care au avut expuneri minime la portretizările din media ale acestei condiții. Într-un studiu din 1976, antropologa Jane M. Murphy, care lucra pe atunci la Universitatea Harvard, a descoperit că un grup izolat de inuiți vorbitori de yupik, de lângă Strâmtoarea Bering, aveau un termen (*kunlangeta*) pe care îl foloseau pentru a descrie „un bărbat care [...] minte, înșală și fură lucruri în mod repetat și [...] care profită sexual de multe femei, cineva care nu dă atenție muștrărilor și care este mereu adus în fața bătrânilor pentru a fi pedepsit“. Când Murphy l-a întrebat pe un inuit ce ar face grupul în mod obișnuit cu un *kunlangeta*, acesta a răspuns: „Cineva l-ar împinge de pe gheață când nu se uită nimeni“.

Instrumentul de evaluare cel mai valid pentru psihopatie — Chestionarul pentru Psihopatie — Revizuit (PCL-R), dezvoltat de psihologul Robert D. Hare, de la Universitatea din Columbia Britanică — presupune un interviu standardizat cu subiecții și examinarea dosarelor lor, respectiv a istoricului

infracțional și educațional. Analiza Chestionarului PCL-R arată că acesta cuprinde cel puțin trei constelații de trăsături suprapuse, dar decelabile: deficite interpersonale (precum grandiozitate, aroganță și înșelăciune), deficite afective (lipsa vinovăției și empatiei, de exemplu) și comportamente impulsive și infracționale (inclusiv promiscuitate sexuală și furt).

## Trei mituri

În ciuda studiilor substanțiale realizate în ultimele câteva decenii, persistă concepțiile eronate cu privire la psihopatie. Aici vom analiza trei dintre ele.

1. **Toți psihopații sunt violenți.** Cercetările făcute de psihologi, precum Randall T. Salekin, în prezent la Universitatea Alabama, indică faptul că psihopatia este un factor de risc pentru violența fizică și sexuală viitoare. Mai mult, cel puțin unii ucigași în serie — de exemplu, Ted Bundy, John Wayne Gacy și Dennis Rader, infamul ucigaș „BTK“<sup>\*\*\*\*\*</sup> — manifestau numeroase trăsături psihopate, inclusiv șarmul de suprafață și absența profundă a empatiei și sentimentului de vinovăție.

Cu toate acestea, cei mai mulți psihopați nu sunt violenți și cei mai mulți dintre oamenii violenți nu sunt psihopați. În zilele care au urmat oribilelor împușcături de la Virginia Tech din 16 aprilie 2007, mulți comentatori citați în ziare l-au descris pe ucigaș, Seung-Hui Cho, ca fiind „psihopat“. Cu toate acestea, Cho prezenta puține trăsături de psihopatie: cei care l-au cunoscut l-au descris ca fiind deosebit de timid, retras și ciudat.

În mod regretabil, ediția actuală (a V-a, din 2013) a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a*

*tulburărilor mentale (DSM-5)* al Asociației Americane de Psihiatrie Americane nu face decât să încurajeze confuzia dintre psihopatie și violență. *DSM-5* descrie o condiție denumită tulburare de personalitate antisocială (TPAS), care este caracterizată de o istorie îndelungată de comportamente infracționale și de agresiuni fizice, referindu-se la TPAS ca fiind sinonimă cu psihopatia. Dar cercetările demonstrează că dimensiunile psihopatiei și ale tulburării de personalitate antisocială se suprapun doar parțial.

**2. Toți psihopații sunt psihotici.** Spre deosebire de oamenii cu tulburări psihotice, precum schizofrenicii, care adesea pierd contactul cu realitatea, psihopații sunt aproape întotdeauna raționali. Ei sunt foarte conștienți că acțiunile lor necugetate sau ilegale sunt greșite în ochii societății, dar ridică din umeri în fața acestor preocupări cu o nonșalanță uimitoare. Unii ucigași în serie notorii — denumiți de media „psihopați”, cum ar fi Charles Manson și David Berkowitz — prezentau trăsături pronunțate de

psihoză mai degrabă decât de psihopatie. De exemplu, Manson susținea că este reîncarnarea lui Iisus Hristos, iar Berkowitz credea că primește ordine de la câinele vecinului său, Sam Carr (de unde și numele pe care și l-a arogat, „Fiul lui Sam“). Pe de altă parte, psihopații sunt rareori psihotici.

3. **Psihopatia este netratabilă.** În popularul serial HBO *The Sopranos*, terapeutul (dr. Melfi) a pus capăt psihoterapiei cu Tony Soprano, deoarece prietenul și colegul ei psiholog a convins-o că Tony, despre care dr. Melfi conchisese că este un psihopat clasic, ar fi netratabil. Lăsând la o parte faptul că Tony prezenta câteva comportamente care sunt în mod clar nonpsihopate (cum ar fi loialitatea față de familie și atașamentul afectiv față de un grup de rațe care își făcuseră casă în piscina lui), pesimismul doctorului Melfi se poate să fi fost nejustificat. Cu toate că psihopații adesea nu sunt motivați să caute tratament, cercetările realizate de psihologa Jennifer Skeem, de la Universitatea California, Berkeley, și colegii ei sugerează că psihopații pot

beneficia, la fel ca și nonpsihopații, de pe urma tratamentului psihologic. Chiar dacă trăsăturile principale de personalitate ale psihopaților sunt extrem de dificil de schimbat, comportamentele lor infracționale se pot dovedi mai maleabile la tratament.

Psihopatia ne reamintește că descrierile din media ale bolii mentale conțin adesea, în egală măsură, și adevăruri, și mituri. Mai mult, unele preconcepții larg răspândite cu privire la aceste tulburări pot produce consecințe nefericite, așa cum a descoperit Tony Soprano chiar înainte ca imaginea să devină neagră la finalul serialului<sup>\*\*\*\*\*</sup>.

### **Lecturi recomandate**

Edens, J.F. (2006), Unresolved controversies concerning psychopathy: Implications for clinical and forensic decision making, *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1), 59–65.

Hare, R.D. (1999), *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*, New York: Guilford Press.



Lykken, D.T. (1995), *The antisocial personalities*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Patrick, C.J. (coord.), (2016), *Handbook of psychopathy* (ed. a 2-a), New York: Guilford Press.

---

\*\*\*\*\* Acronim de la *Bind, Torture, Kill* – leagă, torturează, ucide. (N.t.)

\*\*\*\*\* În ultimele secunde din serialul *The Sopranos*, imaginea devine brusc complet neagră și lipsită de orice sunet de fundal. Acest final ambiguu pare să sugereze moartea subită, prin împușcare, a eroului principal, mafiotul Tony Soprano. (N.red.)

# Partea a VII-a

## **Sinele fragmentat**

**Schizofrenia și tulburarea disociativă de identitate**

# Introducere

Unul dintre autori (Hal Arkowitz) l-a consultat mai demult, în cabinetul de psihoterapie, pe un bărbat care îndeplinea criteriile de diagnostic pentru schizofrenie. Încă nu începuse foarte necesarul tratament medicamentos pentru controlul simptomelor, astfel că multe dintre ele erau evidente. Așa cum se întâmplă adesea la persoanele cu schizofrenie, era dificil de urmărit discursul acelui pacient, căci sărea de la un subiect la altul fără nicio legătură. Părea să nu fie deloc interesat de nevoia de conexiuni logice în gândire și în vorbire. Emoțiile lui erau adesea incongruente cu conținutul verbalizat. De exemplu, uneori devenea trist când discuta despre un eveniment fericit din viața sa. Minte lui era clar dezechilibrată.

Două dintre capitolele din această secțiune abordează mituri despre schizofrenie. Primul se ocupă de asocierea dintre schizofrenie și violență. În ultimii 15–20 de ani, media a tot raportat crime în masă și alte acte violente. Faptele violente care primesc cea mai mare atenție în media sunt deseori cele comise de oameni grav bolnavi mental. Această focalizare a mass-media a contribuit probabil la faptul că majoritatea oamenilor din Statele Unite crede

că cei diagnosticați cu schizofrenie, în particular, sunt înclinați să fie violenți. Dar oare au și dreptate?

Al doilea capitol examinează în ce măsură pot fi tratați oamenii cu schizofrenie. Mulți specialiști în sănătatea mentală, precum și membri ai publicului general cred că tratamentele îi ajută prea puțin pe cei care au această tulburare. Cât de corectă este această viziune?

Al treilea capitol examinează câteva credințe despre tulburarea disociativă de identitate (anterior cunoscută sub denumirea de tulburare de personalitate multiplă).

Persoanele diagnosticate cu tulburare disociativă de identitate par să aibă mai multe personalități diferite și pot trece brusc dintr-una într-alta. Un renumit film, intitulat *The Three Faces of Eve* (Cele trei chipuri ale Evei), bazat pe evenimente reale, descrie o femeie cu trei personalități. Mai târziu au apărut filme cu personaje cu și mai multe personalități. În această secțiune ne vom pune întrebări și cu privire la tulburarea disociativă de identitate.

- Persoanele diagnosticate cu schizofrenie sunt înclinate către comportamente violente?
- Poate tratamentul să reducă sau să elimine simptomele de schizofrenie?

- Oamenii pot avea mai multe personalități diferite?
- Tulburarea disociativă de identitate este la fel sau foarte asemănătoare cu schizofrenia?
- Persoanele cu tulburare disociativă de identitate se prefac?

# 32

## Pot avea oamenii personalități multiple?

În serialul TV *United States of Tara*<sup>\*\*\*\*\*</sup>, difuzată din 2009 până în 2011, actrița Toni Collette joacă rolul Tarei Gregson, o mamă din Kansas care suferă de tulburare disociativă de identitate (TDI), anterior cunoscută sub denumirea de tulburare de personalitate multiplă. La fel ca și alți oameni cu TDI, Tara oscilează în mod impredictibil între mai multe personalități, între diverse alter egouri, asupra cărora nu are niciun control. Unul dintre aceste alter egouri este o adolescentă cochetă și flamboiantă, un altul este o casnică tradiționalistă din anii 1950, iar o a treia „personalitate” este o veterană impulsivă din Războiul din Vietnam.

Multe alte filme, cum sunt *The Three Faces of Eve* (1957) și *Me, Myself, and Irene* (2000),

portretizează în mod similar indivizi care posedă mai mult de o personalitate. Unele chiar confundă TDI cu schizofrenia (vedeți capitolul 33 din acest volum). Chiar și a cincea ediție a *Manualului de diagnostic al Asociației Americane de Psihiatrie* (din 2013) specifică trăsătura principală a tulburării ca fiind prezența a „două sau mai multe stări de personalitate distincte“<sup>\*\*\*\*\*</sup>. Totuși, în ciuda acestor descrieri populare — și profesionale —, cercetările pun la îndoială ideea că un om ar putea avea mai multe personalități.





## Diferențe dramatice

Numeroase dovezi susțin ideea că TDI nu este doar o prefăcătorie și că cei mai mulți dintre oamenii care au această boală sunt convinși că au unul sau mai multe alter egouri. Cu toate că unii pacienți cu TDI au doar un alter ego — așa-numita personalitate clivată —, cei mai mulți raportează mai multe. Într-un sondaj realizat în 1989 de psihiatrul Colin Ross, pe atunci activ la Spitalul Charter din Dallas, și colegii săi, numărul mediu de alter egouri identificate a fost de șaisprezece. Este interesant faptul că același număr de alter egouri pretindea că are și Shirley Ardell Mason, femeia care a inspirat personajul lui Sybil din bestsellerul omonim (1973) și cele două filme pentru televiziune care au popularizat diagnosticul de TDI. (Ulterior au apărut dovezi care arătau că terapeutul curant al lui Sybil o încuraja să manifeste personalități multiple, ceea ce a produs un uriaș scandal.) În cazuri rare, numărul de alter egouri poate ajunge la sute sau chiar mii.

Diferențele dintre aceste alter egouri pot fi chiar uimitoare. Personalitățile aceluiasi pacient pot fi de diferite vârste, genuri, rase și chiar specii, pot fi inclusiv homari, rațe și gorile. Au fost înregistrate raportări de alter ego sub forme surprinzătoare: unicorn, Mr. Spock din *Star Trek*, Dumnezeu, mireasa lui

Satana și Madonna. Mai mult, unii practicieni susțin că aceste alter egouri pot fi identificate prin atribute obiective, inclusiv prin scrisul de mână distinct, tonalitățile vocale, dioptriile și alergiile. Cei care susțin ideea personalităților multiple au realizat și studii controlate urmărind diferențele biologice dintre alter egouri, arătând că pot fi diferite inclusiv ca rată a respirației, ca tipare ale undelor cerebrale și la nivelul conductivității pielii, aceasta din urmă fiind o măsură universală a gradului de excitație.

Întrebarea dacă oamenii pot avea mai mult decât un caracter are implicații importante din punct de vedere legal și terapeutic. Dacă există personalitate multiplă și dacă pacienții sunt adesea inconștienți de acțiunile alter egourilor lor, poate fi justificată o apărare judiciară de „nevinovat pe motiv de tulburare disociată de identitate“. Alți oameni de știință au susținut că fiecare alter ego are dreptul la reprezentare legală separată. Așa cum observa profesorul de drept Ralph Slovenko, de la Universitatea de Stat Wayne, într-un articol din 1999, unii judecători au cerut chiar ca alter egoul să depună jurământ separat, înainte de mărturie.

Mulți terapeuți încearcă să îi facă pe acești pacienți aflați în tratament să-și integreze personalitățile separate într-un întreg coerent. Făcând acest lucru, îi pot ajuta pe pacienți să intre în contact cu unele alter egouri încă „nedescoperite“ și să deschidă linii de comunicare între acestea. De exemplu, Ross a

pledat pentru acordarea de nume fiecărui alter ego și organizarea de „ședințe interne“ în care acestea să converseze, să împărtășească opinii și să ofere informații despre acele alter egouri care sunt absente. Psihiatrul Frank Putnam, de la Spitalul de Copii din Cincinnati, a susținut folosirea unui „avizier“ al TDI, pe care fiecare alter ego să poată lăsa mesaje pentru celelalte egouri — aici poate fi vorba despre mesaje scrise într-un caiet sau pe alte suporturi convenabile.

## Punerea pieselor laolaltă

În ciuda acestor intervenții terapeutice, lipsesc dovezile convingătoare ale coexistenței unor personalități separate la același individ. Distincțiile raportate între alter egourile diferite sunt în cea mai mare parte nedocumentate, neconfirmate și dificil de interpretat. De exemplu, scrisul de mână și vocea pot varia pe perioade scurte și la persoane *fără* TDI, mai ales ca rezultat al schimbărilor de dispoziție afectivă. Iar disparitățile reacțiilor fiziologice, cum ar fi undele cerebrale sau conductivitatea pielii, pot fi atribuite în mod similar diferențelor la nivel de dispoziție sau de gânduri, care apar în timp, conform psihologilor de la Universitatea Arizona, John J.B. Allen și Hallam L. Movius. Indivizii cu TDI aproape cu siguranță experimentează schimbări psihice dramatice

de la o situație la alta, astfel că ar fi surprinzător dacă nu ar apărea și modificări în fiziologia lor.

Dacă aceste alter egouri sunt cu adevărat personalități distincte, ele ar trebui să aibă amintiri inaccesibile celorlalte egouri. Totuși, Allen și psihologul William G. Iacono, de la Universitatea Minnesota, au raportat într-un studiu de sinteză din 2001 că, deși cele mai multe teste directe de memorie — cum ar fi să le cerem pacienților aflați într-un anumit alter ego să-și reamintească o listă de cuvinte pe care anterior au întâlnit-o când se aflau într-un alt ego — dezvăluie lipsa transferului de amintiri de la un alter ego la altul, există și teste mai subtile ce dezvăluie faptul că amintirile formate de un ego sunt, de fapt, accesibile și celorlalte egouri. În aceste teste, mai puțin directe, care tind să fie mai sensibile și mai puțin suspecte de manipularea intenționată a răspunsurilor, subiecților li se poate cere, de exemplu, să completeze un cuvânt precum „reg\_“, după ce unui alter ego i-a fost prezentat un cuvânt asociat, să zicem, „regină“. Cele mai multe studii de acest tip susțin această concluzie, sugerând că alter egourile nu sunt entități distincte.

Dacă alter egourile nu sunt personalități separate, atunci ce sunt? Un indiciu: indivizii care dezvoltă TDI adesea îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea de personalitate borderline, tulburarea bipolară și pentru alte condiții caracterizate prin

instabilitate. Într-adevăr, un studiu de sinteză din 1999, realizat de unul dintre autori (Scott Lilienfeld) și de colegii săi, a constatat că între 35% și 71% dintre pacienții cu TDI au și tulburare de personalitate borderline. Este de înțeles atunci de ce mulți dintre indivizii predispuși la TDI sunt dezorientați de dispoziția lor instabilă, de comportamentul autodistructiv, de impulsivitatea și relațiile lor haotice și caută o explicație pentru aceste tulburări. Atunci când psihoterapeuții sau alți specialiști pun întrebări care pot sugera deja un anumit răspuns, precum „Este posibil ca acea parte din tine de care nu ești conștient să te determine să faci și să simți aceste lucruri?“, pacienții pot căpăta convingerea că mintea lor găzduiește identități multiple.

Datele arată că mulți terapeuți care tratează pacienți cu TDI folosesc hipnoza, ceea ce poate alimenta dificultățile acestor oameni de a distinge fantezia de realitate. Astfel, tulburarea disociativă de identitate poate reflecta efortul acestor indivizi de a da un sens comportamentelor și sentimentelor lor extrem de derutante, ipoteză enunțată de regretatul psiholog Nicholas Spanos, de la Universitatea Carleton.

Dacă așa stau lucrurile, tehnicile prin care diferite alter egouri pot fi făcute să vorbească unele cu altele pot avea efecte adverse, încurajându-i pe pacienți să creadă, în mod fals, că diverse gânduri și sentimente rezidă în mod separat în mintea lor, adesea crescând

dificultatea de a le integra. De exemplu, o pacientă poate căpăta convingerea că unul dintre alter egourile ei este responsabil de furia ei intensă față de soțul ei, ceea ce o va face să-și ignore adevăratele ei sentimente.

O abordare mai bună ar fi ca pacienții să fie ajutați să înțeleagă că experiențele lor psihice dureroase nu sunt create de personalități diferite, ci de aspecte diferite ale unei singure personalități tulburate. În acest fel, cei care suferă de aceste tulburări pot începe să ia contact cu aceste experiențe și să recunoască faptul că acele gânduri și sentimente sunt în mod autentic ale lor.

### **Lecturi recomandate**

Allen, J.J.B. & Iacono, W.G. (2001), Assessing the validity of amnesia in dissociative identity disorder: A dilemma for the DSM and the courts, *Psychology, Public Policy, and Law*, 7(2), 311–344.

Lilienfeld, S.O. & Lynn, S.J. (2014), Dissociative identity disorder: A contemporary scientific perspective. In S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (coord.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (ed. a 2-a) (pp. 113–152), New York: Guilford Press.

Merckelbach, H., Devilly, G.J. & Rassin, E. (2002), Alters in dissociative identity disorder: Metaphors or genuine entities? *Clinical Psychology Review*, 22, 481-497.

---

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ *Statele (Stările) Unite ale Tarei* — titlul aseamănă multitudinea de personalități ale protagonistei cu multitudinea de state care compun Statele Unite al Americii. (N.t.)

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ American Psychiatric Association (2016), *DSM-5. Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, București: Callisto, p. 292. (N.t.)



# 33

## **Cât de violenți sunt oamenii cu tulburări mentale?**

Un student repetent, în vârstă de douăzeci și doi de ani, Jared Lee Loughner, a împușcat-o în cap pe parlamentara de Arizona, Gabrielle Giffords, lângă un supermarket din Tucson, producând-i leziuni cerebrale grave. În același atac armat, Loughner a ucis și/sau a rănit încă 18 persoane, inclusiv un judecător federal și o fetiță de nouă ani.

Informațiile despre postările pe YouTube și pe alte platforme ale lui Loughner sugerează că acesta este grav bolnav mental. Indivizi cu tulburări psihice grave au provocat și alte atacuri armate, inclusiv masacrul din 2007 de la Virginia Tech, unde un student de colegiu, Seung-Hui Cho, a ucis 32 de persoane și a rănit 17. Aceste evenimente și relatările lor din media au alimentat probabil percepția

publicului că oamenii cei mai profund bolnavi mental sunt violenți. Sondajele arată că 60–80% din public crede că cei diagnosticați cu schizofrenie, îndeosebi, sunt înclinați să comită acte violente.

Cu toate că studiile indică o ușoară creștere a riscului de comportament violent printre cei afectați de patologii psihiatrice majore, o examinare mai atentă a studiilor sugerează că aceste tulburări nu sunt predictorii puternici ai comportamentului agresiv. În realitate, oamenii grav bolnavi mental sunt răspunzători doar de 3–5% dintre infracțiunile violente la nivelul populației generale. Datele indică faptul că există alte comportamente care pot fi predictorii mai buni ai agresivității fizice, descoperire care ne poate ajuta să împiedicăm exploziile de furie în viitor.

## O legătură firavă

Nu toate tulburările psihice și emoționale prevestesc violența, chiar și în ochii societății. În acest capitol, ne referim doar la boala mentală gravă, adică la schizofrenie, tulburare bipolară sau depresie psihotică. Simptomele schizofreniei includ tulburări marcate ale gândirii, emoțiilor și comportamentului; deliruri (credințe false și rigide); halucinații (percepția unor lucruri care nu sunt prezente fizic); dezorganizare și retragere din activitățile sociale. Tulburarea bipolară este de obicei caracterizată de oscilații între depresie și

manie, aceasta din urmă presupunând euforie și grandiozitate, explozii de energie și mai puțină nevoie de somn. Depresia psihotică include simptome depresive acute, alături de deliruri sau halucinații (sau ambele).

Cei mai mulți dintre cercetătorii care studiază problema agresivității la bolnavii mental au descoperit o mică, dar grăitoare asociere între violență și tulburările psihologice severe. Într-o metaanaliză din 2009 (o revizuire cantitativă) a 204 studii care explorau această conexiune, psihologul Kevin S. Douglas, de la Universitatea Simon Fraser, și asociații săi au descoperit o probabilitate ceva mai mare a comportamentelor agresive la cei cu boli mentale grave.

Totuși, această conexiune este mult mai slabă decât crede publicul că ar fi și nu înseamnă neapărat că aceste tulburări grave determină comportamentele violente. Relația de cauzalitate poate avea o direcție inversată: angajarea în agresivitatea cronică (izvorâtă dintr-o altă sursă) poate crea un stres care declanșează boala la cei predispuși. Alternativ, un al treilea factor poate produce atât condiția psihiatrică, precum și violența.

În loc să-i considere pe oamenii cu boli mentale grave ca fiind în general periculoși, oamenii de știință se preocupă acum de alți factori care pot prezice comportamentul violent cu mai mare precizie. Un candidat puternic este abuzul de substanțe. Dezvăluind rezultatele obținute în 1998 de Studiul

MacArthur pentru Evaluarea Riscului de Violență, sociologul Henry J. Steadman, de la organizația Policy Research Associates, a raportat că aproape o treime dintre pacienții grav bolnavi mental, cu probleme legate de abuzul de substanțe, s-au angajat în unul sau mai multe acte violente în anul următor externării lor din spital. Pentru pacienții externați care nu au abuzat de droguri, cifra corespunzătoare a fost de doar 18%. (Această cifră sugerează că mai puțin de o cincime dintre indivizii grav bolnavi mental, fără alte probleme, sunt agresivi în moduri periculoase.)

În această metaanaliză, echipa lui Douglas a semnalat, de asemenea, abuzul de substanțe ca fiind unul dintre cei câțiva factori care au contribuit la legătura dintre boala mentală și violență. În plus, a constatat că această legătură este chiar mai puternică în cazul pacienților care suferiseră anterior de deliruri, halucinații sau gândire dezorganizată. Astfel, o persoană cu o boală mentală prezintă un risc mai mare de a comite un act de agresiune atunci când acel individ consumă abuziv și un drog, și prezintă anumite simptome.

Abuzul de substanțe crește în mare măsură șansele de apariție a unui comportament violent și la subiecții sănătoși, ceea ce sugerează că abuzul de droguri poate fi un predictor mult mai bun al violenței decât boala mentală. Mai mult, tratamentul adecvat al bolii mentale poate elimina în mod eficient micul

risc de comportament violent pe care îl comportă o tulburare gravă. În studiul MacArthur, echipa lui Steadman nu a găsit nicio diferență între prevalența violenței la cei cu boli mentale grave care își luau tratamentul și la oamenii sănătoși mental, în timp ce pacienții fără tratament medicamentos prezentau rate semnificativ mai mari de manifestări agresive.

Desigur, indivizii bolnavi care încetează să-și mai ia medicamentele reprezintă cazurile mai dificile. Oricum, aceste rezultate sugerează că un plus de aderență la tratament poate scădea șansele ca oamenii grav bolnavi mental să aibă comportamente violente.

## Victime, nu agresori

Stereotipul conform căruia nebunul omoară oameni străini în locuri publice pur și simplu nu este susținut de observațiile empirice. Cu toate că unele tragedii remarcabile se potrivesc acestei descrieri, aceste cazuri sunt destul de rare. De fapt, dat fiind cât de puțini oameni bolnavi mental devin violenți, o persoană cu o tulburare psihică severă poate fi mai degrabă victima decât autorul unui act de violență.

Oamenii bolnavi mental sunt victime în adevăratul sens. O condiție psihiatrică gravă este deja o povară cumplită, chiar și fără a fi tratat cu suspiciune de către comunitate. Credința larg răspândită că cei afectați de tulburări mentale sunt violenți contribuie la

stigmatizarea bolii mentale și de aceea poate interfera cu încercările acestor persoane de a găsi și de a primi asistența adecvată. Demitizarea acestei concepții eronate va duce, sperăm, la un progres în asistarea indivizilor tulburați, făcând tratamentul mai larg accesibil și reducând în mare măsură amenințarea pe care un mic număr dintre acești indivizii o pot reprezenta pentru societate.

### **Lecturi suplimentare**

Douglas, K.S., Guy, L.S. & Hart, S.D. (2009), Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 135(5), 679–706.

Flynn, S., Rodway, C., Appleby, L. & Shaw, J. (2014), Serious violence by people with mental illness: National clinical survey, *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 1438–1458.

Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T. ... Silver, E. (1998), Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods, *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393–401.

# 34

## Pot fi ajutate persoanele cu schizofrenie?

Cu circa cincisprezece ani în urmă, psihologul Ronald Levant, care lucra pe atunci la Universitatea Nova de Sud-Est, le povestea câtorva colegi la o conferință despre pacienții cu schizofrenie pe care îi monitorizase și care reușiseră să se vindece. Unul dintre colegi a întrebat retoric: „Vindecat de schizofrenie? Ți-ai pierdut și tu mințile?”

Până nu demult, practic toți specialiștii erau de acord că schizofrenia este întotdeauna sau aproape întotdeauna marcată de o evoluție descendentă. Dar este acest prognostic unul absolut sigur? Cu certitudine, schizofrenia este o condiție gravă. Victimele ei, care numără circa 1% din populație, experimentează pierderea contactului cu realitatea, ceea ce face ca aceste persoane să prezinte un risc crescut

de suicid, șomaj, probleme relaționale, afecțiuni fizice și chiar moarte timpurie. Cei care abuzează de substanțe prezintă și riscul comiterii de acte violente împotriva altor oameni. Contrar credinței populare, persoanele cu schizofrenie nu au personalități multiple și nici nu sunt toate în esență la fel, nu sunt, cu toatele, victime ale unui parentaj precar, de exemplu (vezi Caseta 34.1).

Totuși, cercetările au arătat că, dacă sunt corect tratați, mulți oameni cu schizofrenie pot avea parte de o vindecare semnificativă, deși rareori completă, a bolii lor. Mulți pot, de exemplu, să trăiască vieți relativ normale în afara spitalului, să păstreze un serviciu și să socializeze periodic cu familia și cu prietenii. Așa cum conchidea în 1988 psihiatrul Thomas McGlashan, de la Universitatea Yale, într-o publicație de avangardă, „certitudinea prognosticului negativ în schizofrenie este un mit“.

### **Caseta 34.1 Mituri despre schizofrenie**

Cu toate că cei mai mulți oameni au auzit de schizofrenie, mulți înțeleg greșit această tulburare. Vom demitiza mai departe trei concepții greșite larg răspândite despre această boală mentală tulburătoare.

**Mitul nr. 1:** Oamenii cu schizofrenie au personalitate multiplă.

**Adevărul:** Această credință reflectă o confuzie între schizofrenie și tulburarea disociată de



identitate, denumită cândva tulburare de personalitate multiplă. Acesta din urmă este un diagnostic controversat, care se presupune că suferindul este marcat de coexistența mai multor personalități sau a unor stări personale complet distincte, care n-au știință una de alta. Oamenii cu schizofrenie au o singură personalitate, doar că personalitatea lor este anihilată, cu deficiențe severe de gândire, afectivitate și motivație.

**Mitul nr. 2:** Toți oamenii cu schizofrenie sunt în esență la fel.

**Adevărul:** Oamenii cu schizofrenie trăiesc o varietate năucitoare de simptome. Unii suferă în principal de simptome „pozitive“, cum ar fi ideile delirante, care sunt niște credințe false și rigide, de pildă ideea că sunt urmăriți de agenți guvernamentali; alții au halucinații, cum sunt vocile pe care ei le aud. Dimpotrivă, alții au mai ales simptome „negative“, precum retragerea socială și exprimarea emoțională și verbală diminuată. Iar o altă categorie de pacienți experimentează deficite cognitive: probleme cu concentrarea, cu memoria și planificarea. Dizabilitățile multor pacienți se încadrează în toate cele trei categorii.

**Mitul nr. 3:** Schizofrenia este cauzată de atitudinile și comportamentele familiei.

**Adevărul:** În 1948, psihanalista germană Frieda Fromm-Reichmann a introdus noțiunea de mamă „schizofrenogenă” (care induce schizofrenia copilului), o mamă ostilă și hipercritică, idee care a persistat timp de multe decenii. Totuși, cercetările au eșuat de fiecare dată să arate că există o legătură directă între stilul de parentaj și debutul schizofreniei, deși numeroase studii sugerează că atitudinea extrem de critică și de severă din familie poate grăbi recăderea.

## De la deznădejde la speranță

În jurul anului 1900 marele psihiatru german Emil Kraepelin scria că schizofrenia, pe atunci denumită *dementia praecox* (ceea ce înseamnă „demență precoce”), se caracterizează printr-o alunecare inexorabilă pe o pantă descendentă. În 1912, un alt medic, A. Warren Stearns, scria despre „aparenta lipsă de speranță a bolii”. Unele tratamente din acea vreme, care includeau vasectomia și inducerea unei febre intense folosind sânge infectat, reflectau acest sentiment de deznădejde. O atitudine sumbră a cuprins domeniul cercetării schizofreniei timp de decenii la rând, mulți specialiști insistând că ameliorarea este extrem de rară, dacă nu inexistentă.

Totuși, experții au ajuns să înțeleagă în ultima perioadă că prognosticul pacienților cu schizofrenie nu este pentru toți la fel de

îngrozitor. Studii atent conduse, care i-au urmărit pe pacienți pe durate mai lungi — cei mai mulți dintre aceștia primind cel puțin un tratament minimal —, sugerează că circa 20–30% dintre bolnavi se recuperează substanțial pe parcursul anilor sau deceniilor. Cu toate că rămân simptome ușoare, precum retragerea socială sau gândirea confuză, acești indivizi pot să muncească și să funcționeze independent, fără a fi internați.

Într-un studiu publicat în 2005, psihologul Martin Harrow, de la Facultatea de Medicină a Universității Illinois, și colegii săi au urmărit pacienți o perioadă de peste cincisprezece ani și au constatat că circa 40% experimentau cel puțin perioade de recuperare considerabilă, evaluate prin absența simptomelor semnificative, precum și prin capacitatea de a munci, de a se angaja în activități sociale și de a trăi în afara spitalului timp de un an sau mai mult. Deși cei mai mulți dintre pacienți nu intră în remisii îndelungate și poate chiar înregistrează un declin în timp, circa 20–30% din această majoritate trăiește doar simptome moderate, care interferează — dar nu în mod devastator — cu capacitatea lor de a performa la locul de muncă sau de a păstra relații de prietenie.

## Tratamente îmbunătățite

La această viziune mai puțin fatalistă cu privire la schizofrenie contribuie și tratamentele

eficiente care au devenit disponibile în ultimele două decenii. Medicamentele antipsihotice atipice — precum Clozaril (clozapină), Risperdal (risperidonă) și Zyprexa (olanzapină), dintre care cele mai multe au fost introduse în anii 1990 — par să amelioreze simptomele de schizofrenie, influențând funcționarea neurotransmițătorilor, precum dopamina și serotonina, care transmit mesaje chimice între neuroni.

În plus, unele intervenții psihologice dezvoltate în ultimele decenii pot adesea să atenueze simptome precum ideile delirante și halucinațiile. De exemplu, terapia cognitiv-comportamentală are ca obiectiv să remedieze ideile paranoide sau alte gânduri dezadaptative asociate cu această tulburare, ajutându-i pe pacienți să-și confrunte aceste credințe. Terapiile de familie se concentrează pe educarea membrilor familiei cu privire la această tulburare și reducerea criticilor și ostilității cu care aceștia îi tratează pe pacienți. Deși nu sunt deloc niște panacee, aceste remedii, alături de altele câteva, i-au ajutat pe mulți pacienți cu schizofrenie să întârzie recăderile și, în unele cazuri, să funcționeze mai eficace în viața de zi cu zi.

Ce fel de pacienți este cel mai probabil să prezinte ameliorări? Cercetătorii au făcut legătura între o serie de factori și rezultatele mai bune ale unor pacienți. Printre acești factori se numără funcționarea cu succes în viața de dinainte de apariția bolii,

experimentarea bruscă de simptome severe, toate deodată, și nu gradual, vârsta mai înaintată la care debutează boala, sexul feminin, un coeficient de inteligență mai ridicat și lipsa acestei tulburări din istoricul familial. Toate aceste trăsături și manifestări însă permit prognosticuri cel mult modeste în ceea ce privește vindecarea schizofreniei.

În mod clar, s-au făcut progrese considerabile în înțelegerea evoluției schizofreniei și suntem mai optimiști decât am fost vreodată cu privire la viitorul celor afectați. Cu toate acestea, avem nevoie de remedii mai eficiente dacă dorim să le redăm pacienților viața productivă și fericită de care se bucurau înainte de declanșarea schizofreniei și înainte de anihilarea percepției de sine.

### **Lecturi recomandate**

Harding, C.M., & Zahniser, J.H. (1994), Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (Supl. 384), 140–146.

Walker, E., Kestler, L., Bollini, A. & Hochman, K.H. (2004), Schizophrenia: Etiology and course, *Annual Review of Psychology*, 55, 401–430.

# Partea a VIII-a

**Mituri populare despre creier și  
comportament**

# Introducere

În 1990, Președintele George H.W. Bush a emis o proclamație prin care a declarat perioada anilor 1990 „Deceniul creierului”. Scopul era aducerea la cunoștința publicului a beneficiilor care pot fi obținute din cercetarea creierului. De atunci am continuat să facem progrese uimitoare în înțelegerea modului în care funcționează creierul. În ciuda acestui progres remarcabil, unele credințe chestionabile despre creier continuă să fie larg acceptate de publicul larg — acestea vor fi discutate în secțiunea care urmează. Printre ele se numără și următoarele mituri: folosim doar 10% din capacitatea creierului; la unii oameni predomină funcționarea emisferei cerebrale drepte (intuitivă și creativă), iar la alții, funcționarea emisferei stângi (logică și rațională); creșterea producției de unde alfa cauzează un sentiment mai profund de conștientizare și relaxare.

Hipnoza a rămas un subiect fascinant pentru specialiști și nespecialiști în egală măsură. Și aici creșterea cunoașterii este însoțită de credințe îndoielnice. Cea mai larg răspândită dintre aceste credințe este probabil aceea că hipnoza este o „transă” sau o stare de conștiință distinctă. Mulți oameni cred că această stare este asociată, în mod grăitor, cu o sugestibilitate crescută, ce face ca hipnotizatorul să poată induce angajarea

persoanei în comportamente care nu îi sunt tipice sau ar fi chiar imposibile în „starea de trezie“. Există chiar persoane care susțin că hipnoza poate genera vindecări psihice și medicale.

Pe măsură ce îmbătrânesc, cei mai mulți oameni experimentează un declin al memoriei. Adesea ei cred că acest declin este inevitabil și ireversibil. Această credință a fost pusă sub semnul întrebării și s-a ridicat problema existenței unor metode validate empiric, pentru a ajuta memoria persoanelor în vârstă.

În această secțiune vom aborda următoarele întrebări:

- Folosim doar un procent foarte mic din capacitatea creierului nostru?
- Există o predominanță a emisferei cerebrale drepte (intuitivă și creativă) sau a celei stângi (logică și rațională)?
- Creșterile nivelului de unde cerebrale alfa produc un sentiment mai profund de conștientizare și relaxare?
- Așa-numita „stare de transă“ din hipnoză este o stare distinctă de conștiință?



- Pot fi oamenii determinați sub hipnoză să se angajeze în comportamente în care nu s-ar implica în starea nonhipnotică?
- Pierderea de memorie care însoțește îmbătrânirea ține oare de un declin ireversibil?
- Nu există nicio cale de îmbunătățire a memoriei la vârstnici?

# 35

## **Divulgarea „escrocheriilor cerebrale“**

Cei mai mulți consideră funcționarea creierul nostru ca pe ceva de la sine înțeles. Așa cum scria poetul Robert Frost: „Creierul este un organ minunat. Începe să funcționeze din clipa în care te trezești dimineața și nu se oprește până când nu ajungi la serviciu“. Cu o greutate de doar 1,36 kg și o consistență ca de jeleu, creierul nostru arată surprinzător de neimpresionant în realitate. Totuși, este capabil de asocieri intelectuale fulminante.

Deși creierul susține, practic, toate aspectele gândirii, personalității și identității noastre, el face obiectul unui mare număr de concepții eronate. Fără îndoială, cel mai mare expert din lume în „neuromitologie“ — studiul miturilor cu privire la structura și funcționarea creierului — a fost profesorul de psihologie de

la Universitatea Simon Fraser, Barry L. Beyerstein, care a murit în 2007 la vârsta de şaizeci de ani. Barry a consacrat termenul de „escrocherii cerebrale” într-un articol din 1990, pentru a atrage atenţia asupra eforturilor, la modă atunci, de a profita de preconcepţiile publicului cu privire la creier.

Barry a fost prieten cu Scott Lilienfeld, unul dintre autorii acestei cărţi, şi a colaborat atât cu publicaţia *Scientific American*, cât şi cu *Scientific American Mind*. Credem că o discuţie despre neuromitologie ar fi în onoarea memoriei lui Barry, aşa că vom examina trei preconcepţii cu privire la creier, trei opinii eronate pe care el însuşi le-a evidenţiat.

## Ne folosim doar de 10% din capacitatea creierului

Această idee eronată, despre care Barry a scris în numeroase ocazii (inclusiv în rubrica *Ask the Experts* din numărul din iunie 2004 al revistei *Scientific American*), este una dintre ideile cel mai adânc înrădăcinate din psihologia populară. Atractivitatea ei este de înţeles, căci ne place să credem că, de fapt, creierul nostru ar deţine un rezervor enorm de potenţial neaccesat. Mitul acestui 10% a contribuit la apariţia unei pletore de cărţi de autoajutorare şi de gadgeturi de autovindecare, inclusiv la comercializarea unor aparate care ar trebui să ne ajute să ne folosim cele 90% din capacităţile încă neaccesate.

Totuși, dovezile științifice care contrazic acest mit sunt copleșitoare. Studiile de imagistică cerebrală funcțională au eșuat în mod constat să identifice vreo regiune a creierului care să fie permanent inactivă. Mai mult, cercetările asupra indivizilor cu leziuni cerebrale arată că apariția unei leziuni în aproape orice arie a creierului produce cel puțin anumite deficite psihice.

Așa cum observa Barry, mitul lui 10% a izvorât probabil, parțial, din interpretarea eronată a scrierilor lui William James, unul dintre fondatorii psihologiei americane. În reflecțiile lui de la începutul secolului XX, James scria că cei mai mulți dintre noi ne actualizăm doar o mică porțiune din potențialul intelectual de care dispunem, o afirmație care ar putea conține un miez de adevăr. Dar câțiva autori populari — inclusiv Lowell Thomas, care a scris prefața la volumul de succes din 1936 al lui Dale Carnegie, *Secretele succesului. Cum să vă faceți prieteni și să deveniți influenți* — au interpretat în mod exagerat scrierile lui James, sugerând că folosim doar 10% din creier. La legitimarea acestei concepții au contribuit apoi primele studii care au sugerat că o parte substanțială a cortexului cerebral este „tăcută”. Totuși, datorită progreselor înregistrate în măsurarea activității cerebrale, știm acum că aceste arii sunt departe de a fi tăcute; ele constituie ceea ce neurosavanții denumesc „cortexul asociativ” al creierului, care are o funcție vitală în

realizarea conexiunilor dintre percepții, gânduri și emoții la nivelul diferitelor arii ale creierului.

## La unii oameni predomină emisfera stângă, la alții — cea dreaptă

Se presupune că persoanele la care predomină funcționarea emisferei stângi sunt analitice, logice și verbale, în timp ce oamenii la care predomină emisfera stângă sunt creativi, holistici și spațiali. Cantități enorme de cărți de popularizare au dat substanță acestei pretinse dihotomii. În cartea sa de succes din 1972, *The Psychology of Consciousness*, psihologul Robert Ornstein, de la Universitatea Stanford, susținea că societatea occidentală pune un accent prea mare pe gândirea rațională, adică pe funcționarea emisferei stângi, și nu pune suficient accent pe gândirea intuitivă a emisferei drepte. În mod similar, în 1979, cartea de succes a artistei și psihologei Betty Edwards, *Drawing on the Right Side of the Brain*<sup>\*\*\*\*\*</sup>, a lăudat beneficiile formelor mai creative de exprimare artistică ce se bazează pe emisfera dreaptă a creierului.

Totuși, așa cum au observat Barry și psihologul Michael Corballis, de la Universitatea Auckland, dihotomia dintre emisfera dreaptă și emisfera stângă este o simplificare grosieră. În primul rând, această distincție implică faptul că oamenii dăruiți cu abilități verbale nu ar avea talente artistice,

deși cercetările sugerează contrariul. Mai mult, studiile din neuroștiințe sugerează că cele două emisfere ale creierului funcționează într-o manieră înalt coordonată.

La fel ca alte mituri despre creier, și acesta conține un miez de adevăr. Timp de câteva decenii, începând din anii 1960, specialistul în neuroștiințe Roger Sperry, de la Institutul de Tehnologie California, psihologul Michael S. Gazzaniga, de la Universitatea California, Santa Barbara, și colegii lor au studiat pacienți care au fost supuși operației de secționare a corpului calos (acea bandă groasă de fibre neurale care conectează cele două emisfere), în efortul de a opri epilepsia netratabilă. Cercetările au arătat că emisferele stângă și dreaptă ale creierului sunt într-adevăr diferite. La cei mai muți dintre noi, emisfera stângă este specializată în cele mai multe aspecte ale limbajului, în timp ce emisfera dreaptă este specializată în cele mai multe abilități vizual-spațiale. Totuși, chiar și aceste diferențe sunt doar relative; de exemplu, emisfera dreaptă tinde să joace un rol mai mare decât cea stângă în interpretarea tonului vocii în limbajul vorbit. Mai mult, atâta timp cât corpul calos este intact, emisferele interacționează între ele în mod continuu.

## Putem atinge o stare mai profundă de conștientizare și relaxare prin intensificarea undelor cerebrale alfa

Propovăduitorii „conștiinței alfa” îi încurajează pe oameni să se supună unor intervenții de biofeedback la nivelul undelor cerebrale — în unele cazuri folosind aparate disponibile în comerț —, pentru a-și crește producția de unde alfa, unde cerebrale care apar la o frecvență de aproximativ 8–13 cicluri pe secundă. Totuși, cercetările arată că emiterea de unde alfa este în mare parte sau chiar în întregime necorelată cu trăsăturile de personalitate de durată și cu stările de satisfacție de scurtă de durată.

Așa cum observa Barry, mitul conștiinței alfa reflectă o confuzie între „corelație” și „cauză”. Este adevărat că oamenii au tendința de a manifesta o proporție crescută de unde alfa în timpul meditației sau în relaxarea profundă. Dar acest fapt nu înseamnă că o producție crescută de unde alfa *cauzează* relaxarea profundă. Mai mult, cercetările au stabilit niveluri ridicate de unde alfa la unii copii cu tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate, care sunt orice altceva, numai relaxați nu.

Aceste trei mituri abia dacă zgârie suprafața domeniului vast al neuromitologiei, dar ne oferă o idee despre rolul valoros al lui Barry în combaterea preconcepțiilor eronate ale publicului despre funcționarea creierului. Din

fericire, așa cum au avut ocazia să afle cititorii revistei *Scientific American Mind*, adevărurile despre funcționarea creierului sunt adesea mult mai interesante și surprinzătoare decât miturile. Ajutându-i pe oamenii obișnuiți să distingă mai bine între miturile cu privire la creier și realitățile privind creierul, Barry Beyerstein a fost un pionier în efortul continuu de a crește gradul de alfabetizare științifică a publicului larg. Îi simțim lipsa.

### **Lecturi recomandate**

Beyerstein, B.L. (1990), *Brainscams: Neuromythologies of the New Age*, *International Journal of Mental Health*, 19(3), 27–36.

Della Salla, S. (coord.) (1999), *Mind myths: Exploring popular assumptions about the mind and brain*, New York: John Wiley & Sons.

Della Salla, S. (coord.) (2007), *Tall tales about the mind and brain: Separating fact from fiction*, Oxford: Oxford University Press.

Druckman, D. & J. Swets (coord.) (1988), *Enhancing human performance: Issues, theories, and techniques*, Washington: National Academies Press.



---

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ *Să te bazezi pe partea dreaptă a creierului (N.t.)*

# 36

## **Este hipnoza o formă aparte de conștiință?**

Hipnotizatorul, legănând un ceas de buzunar în fața ochilor subiectului, intonează încet: „Ți se face somn... Ți se face somn...” Capul subiectului se prăbușește brusc în față, într-o transă profundă, asemănătoare somnului, ignorând toți stimulii din jur, cu excepția vocii blânde a hipnotizatorului. Lipsit de puterea de a rezista influenței hipnotizatorului, subiectul i se supune la fiecare comandă, inclusiv la instrucțiunea de a pune în act o scenă supărătoare din copilărie. La „trezirea” din transă, după o jumătate de oră, nu are nicio amintire a ceea ce s-a întâmplat.

De fapt, această descriere familiară, prezentată în multe filme, cuprinde o mulțime de preconcepții eronate. Puțini hipnotizatori moderni (sau aproape niciunul) mai folosesc

celebrul ceas legănat, dispozitiv introdus de chirurgul oftalmolog scoțian James Braid la jumătatea secolului al XIX-lea. Cu toate că cei mai mulți dintre hipnotizatori încearcă să-și calmeze subiecții în timpul „inducției”, această relaxare nu este necesară; oamenii pot fi hipnotizați și în timp ce pedalează cu forță pe o bicicletă staționară. Studiile bazate pe electroencefalografie (EEG) confirmă faptul că, în timpul hipnozei, subiecții nu sunt într-o stare de somn, ci sunt treji, deși uneori pot fi ușor somnolenți. Mai mult, ei sunt liberi să reziste la sugestiile hipnotizatorului și nicidecum nu devin niște automate lipsite de minte. În sfârșit, cercetările realizate de regretatul psiholog Nicholas Spanos, de la Universitatea Carleton din Ontario, arată că eșecul reamintirii a ceea ce s-a întâmplat în timpul ședinței de hipnoză sau așa-numita amnezie posthipnotică nu este un element intrinsec al hipnozei și în mod tipic apare doar atunci când subiecților li se spune dinainte să se aștepte la această amnezie.

## Problema conștiinței

Scena reprezentativă pe care am descris-o mai sus ridică și o întrebare de mai mare profunzime: Este hipnoza o stare distinctă de conștiință? Cei mai mulți oameni par să creadă acest lucru; într-un sondaj recent, nepublicat, psihologul Joseph Green, de la Universitatea de Stat din Lima, și colegii săi au constatat că

77% dintre studenți sunt de acord că hipnoza este o stare modificată de conștiință, distinctă de conștiința din starea de veghe. Această problemă este de o importanță ce depășește domeniul academic. Dacă starea hipnotică este diferită de starea obișnuită de conștiință — o diferență de natură, și nu de grad —, acest lucru poate sugera că subiecții hipnotizați pot face lucruri pe care le este imposibil să le realizeze în starea normală. De asemenea, ipoteza hipnozei ca stare aparte poate justifica ideea că hipnoza ar fi un mijloc special de reducere a durerii sau de creștere a efectului terapeutic al curelor psihologice și medicale.

În ciuda descrierii atotprezente în filmele hollywoodiene a hipnozei ca transă, cercetătorii au avut extrem de mari dificultăți în identificarea unor indicatori specifici hipnozei, care să o distingă de alte stări de conștiință. Legendarul psihiatru american Milton Erickson a susținut că hipnoza este marcată de câteva trăsături unice, inclusiv de amnezia posthipnotică și de „literalism”: tendința de a lua lucrurile literal, cum ar fi a răspunde cu „da” la întrebarea „Poți să-mi spui cât este ceasul?” Am văzut deja că amnezia posthipnotică nu însoțește în mod inherent hipnoza, deci Erickson nu a avut dreptate aici. Mai mult, cercetări realizate de Joseph Green, de psihologul de la Universitatea Binghamton, Steven Jay Lynn, și de colegii acestora au arătat că subiecții cei mai înalt sugestibili nu manifestă literalism în timp ce sunt

hipnotizați; mai mult, participanții cărora li s-a cerut să simuleze starea hipnotică demonstrează rate chiar mai mari de literalism decât subiecții înalt sugestibili.

Alți experți, precum regretatul psihiatru Martin Orne de la Universitatea Pennsylvania, au susținut că doar participanții hipnotizați pot să funcționeze după o „logică de transă”, adică au capacitatea de a gândi două idei contradictorii în același timp. De exemplu, un hipnotizator îi poate sugera unui subiect că este surd și apoi să-l întrebe „Mă auzi acum?” Acesta poate să răspundă „nu”, manifestând astfel o „logică de transă”. Cu toate acestea, cercetările realizate de regretatul Theodore X. Barber, care lucra la acea vreme la Fundația Medfield, și colegii săi au arătat că participanții cărora li s-a cerut să simuleze hipnoza au manifestat „logica de transă” la fel de frecvent ca și cei hipnotizați, ceea ce sugerează că logica de transă este o funcție a așteptărilor oamenilor mai degrabă decât o componentă intrinsecă a stării hipnotice propriu-zise.

## Modificări cerebrale

Totuși, alți cercetători au încercat să evidențieze indicatorii fiziologici specifici pentru sugestia hipnotică. Sub hipnoză, electroencefalogramele, în special cele ale participanților foarte sugestionabili, manifestă uneori o activitate crescută la nivelul undelor theta (patru până la șapte cicluri pe secundă).

În plus, participanții hipnotizați prezintă în mod frecvent o activitate crescută în cortexul cingular anterior.

Totuși, niciuna dintre aceste descoperiri nu este surprinzătoare. Activitatea undelor theta este în mod tipic asociată cu stări de concentrare tăcută, care însoțesc în mod frecvent hipnoza. Cortexul cingular anterior este legat de percepția contradicțiilor, ceea ce mulți participanți hipnotizați experimentează de vreme ce își imaginează lucruri (cum ar fi experiențe ale copilăriei percepute în prezent) care par a fi în conflict cu realitatea. De asemenea, psihologii au raportat schimbări cerebrale similare la subiecți nehipnotizați. De exemplu, cortexul cingular anterior se activează în timpul faimoasei sarcini Stroop, în care subiecților li se cere să spună ce culoare are cerneala (cum ar fi „verde”) cu care sunt tipărite cuvintele ce desemnează culorile opuse (cum ar fi cuvântul „albastru”). Astfel, aceste modificări cerebrale nu sunt exclusiv specifice hipnozei.

Presupunerea larg răspândită legată de această stare distinctă (de transă) duce la ideea că hipnoza crește sugestibilitatea, conducând chiar la o complianță totală față de sugestiile terapeutului. Poate cea mai vie reprezentare a acestui stereotip de zombi apare în spectacolele de hipnoză de iarmaroc, în care oamenilor li se induce, aparent, să latre ca un

câine, să cânte karaoke și să se angajeze în alte comportamente comice sub privirile publicului amuzat.

Totuși, cercetările arată că hipnoza exercită doar un impact minor asupra sugestibilității. Pe scalele standardizate ale sugestibilității hipnotice, care le cer participanților să se conformeze mai multor sugestii (că un braț li se ridică singur, de exemplu), creșterea sugestibilității ca urmare a inducției hipnotice este în mod tipic în jur de 10% sau mai puțin. Mai mult, cercetările demonstrează că nu e nevoie de o inducție hipnotică formală pentru a produce diversele efecte aparent spectaculoase a hipnozei, cum ar fi reducerea durerii extreme sau unele acrobații specifice spectacolelor de hipnoză (de ex., poziționarea unui participant pe orizontală, sprijinit de spătarele a două scaune). Cele mai multe dintre aceste efecte, dacă nu chiar toate, pot fi obținute pur și simplu oferind persoanelor înalt sugestibile suficiente stimulente pentru a le realiza. Hipnotizatorii de spectacol sunt foarte conștienți de acest mic secret. Înainte de a-și începe numărul, ei sondează mai întâi publicul, căutându-i pe cei înalt sugestibili printr-o serie de sugestii. Apoi își aleg participanții dintre cei câțiva care se conformează ușor comenzilor hipnotizatorului.

Suntem de acord cu Lynn și cu psihologul Irving Kirsch, de la Universitatea Hull din Anglia, care scriau în 1995 că „eșuând în

identificarea unor indicatori fiabili ai transei, după cincizeci de ani de cercetări minuțioase, cei mai mulți cercetători au ajuns la concluzia că această ipoteză [că hipnoza este o stare distinctă de conștiință] nu mai e de niciun folos“. Tot mai multe dovezi sugerează că efectele hipnozei provin în mare din așteptările oamenilor cu privire la ce poate face hipnoza mai degrabă decât din starea hipnotică propriu-zisă. Totuși, întotdeauna este posibil ca studii viitoare să răstoarne sau cel puțin să contrazică parțial această concluzie. Îndeosebi cercetările cu privire la indicatorii fiziologici ai hipnozei pot elucida în ce mod diferă hipnoza de alte stări de conștiință. Cu toate că hipnoza ne oferă mistere fascinante încă nedescifrate — care îi vor ține decenii la rând ocupați pe oamenii de știință —, pare clar că ea are mai multe în comun cu starea de veghe obișnuită decât cu transa indusă de ceasul de buzunar din filmele de suspans de la Hollywood.

### **Lecturi recomandate**

Jamieson, G.A. (2007), *Hypnosis and conscious states: The cognitive neuroscience perspective*, Oxford: Oxford University Press.

Kirsch, I. & Lynn, S.J. (1995), Altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape, *American Psychologist*, 50(10), 846–858.



Nash, M.R. & Benham, G. (2005), The truth and the hype of hypnosis, *Scientific American Mind*, 16(2), 46–53.

# 37

## Memoria la vârsta înaintată

### Nu este o cauză pierdută

Atunci când Mick Jagger a cântat pentru prima dată „What a drag it is getting old“<sup>\*\*\*\*\*</sup>, avea douăzeci și trei de ani. Acum are peste șaptezeci și țopăie pe scenă cu energia unui tinerel. Jagger pare să fi găsit secretul pentru a rămâne într-o bună formă fizică pe măsură ce a înaintat în vârstă, dar îmbătrânirea poate fi dificilă pentru psihic. Mulți adulți de vârste înaintate se tem de pierderea memoriei și se îngrijorează că se îndreaptă către demență sau Alzheimer. De fiecare dată când își uită cheile, lasă ușa descuiată sau uită un nume, își reamintesc de această îngrijorare supărătoare. În cele mai multe cazuri însă asemenea incidente supărătoare fac parte din pierderea normală a memoriei, asociată cu vârsta, și nu sunt semne ale unei demențe iminente.

Cu toate că mulți dintre adulții de vârste înaintate cred că acest declin este inevitabil, avem vești bune pentru o bună parte dintre ei. Cercetătorii au dezvoltat o gamă de metode și activități utile pentru exersarea minții și a corpului, care pot ajuta o minte vârstnică să-și păstreze o condiție relativ bună. În acest capitol, examinăm cele mai promițătoare modalități de menținere a memoriei pentru un creier normal ce îmbătrânește.

## Tipurile de memorie

Memoria nu este o entitate unică. Termenul cuprinde câteva modalități de reamintire și nu toate prezintă declinuri odată cu vârsta. De exemplu, oamenii mai bătrâni își păstrează vocabularul, precum și cunoștințele generale despre lume (memoria semantică). De asemenea, ei pot realiza în continuare anumite sarcini rutiniere, cum ar fi să facă o omletă sau să scrie la calculator (memorie procedurală), cam la fel de bine ca atunci când erau mai tineri. Oamenii prezintă însă lacune în ceea ce privește amintirea evenimentelor recente din viața lor (memoria episodică) sau uită de unde au aflat pentru prima dată o informație (memoria sursei). De asemenea, pot avea probleme cu stocarea temporară, de scurtă durată, a informațiilor (memoria de lucru) și cu amintirea lucrurilor pe care le au de făcut în viitor (memoria prospectivă).

Memoria prospectivă, mai ales, este o țintă importantă a tehnicilor de optimizare mnezică, deoarece uitarea sarcinilor care urmează a fi realizate sau a unor programări poate cauza frustrări considerabile sau situații jenante. În 2002 psihologul Narinder Kapur, de la Spitalul General Southampton din Anglia, și colegii săi au revizuit un număr de studii realizate cu privire la eficacitatea mai multor tehnici obișnuite de stimulare a memoriei prospective. Ei au constatat că ajutorul extern, ca scrierea unor liste sau setarea de alarme și notificări în telefonul mobil, poate fi de mare ajutor în reducerea problemelor de memorie, cum ar fi uitarea plății facturilor sau a promisiunii de a merge la diferite întâlniri.

O altă strategie de succes presupune asocierea informației care trebuie reamintită cu o imagine, o propoziție sau un cuvânt. Cu cât asocierea este mai relevantă personal, cu atât este mai probabil să poată fi reamintită, metoda fiind cunoscută sub denumirea de procesare autoreferențială. De exemplu, dacă trebuie să returnăm o carte la bibliotecă, ne putem imagina pe noi înșine că facem acest lucru. Acronimele pot, de asemenea, să fie de mare ajutor. Prin această metodă, persoana formează un cuvânt nou din inițialele expresiei pe care vrea să o țină minte. Pentru a-și aminti să cumpere un cadou pentru aniversarea soției sale, un bărbat a construit acronimul „BIG” (mare) pentru „Birthday Gift” (cadou de ziua de naștere).

În 2008 psihologele Betty L. Glisky, de la Universitatea Arizona, și Martha L. Glisky, de la Centrul Medical al Spitalului Evergreen, au descris și alte metode utile pentru îmbunătățirea memoriei, care presupun procesări vizuale sau semantice. Într-una dintre acestea, persoana evocă imagini legate de ceva ce vrea să rețină. Pentru a vă reaminti numele „Popa”, vă puteți imagina un preot ținând o slujbă în patrafir. Asemenea tactici pot fi de ajutor atâta timp cât nu ajungi să i te adresezi acelui om cu „domnule Patrafir”.

O abordare semantică presupune asocierea cuvintelor cu ceea ce dorim să ne reamintim. De exemplu, la un curs de educație muzicală pe care unul dintre autori (Hal Arkowitz) l-a urmat în școala elementară, profesorul a cerut clasei să asocieze tema muzicală din suita clasică *Peer Gynt* cu următoarea frază destul de prostească: „Dimineața se lasă și Peer Gynt iar cască, și muzica-i scrisă de Grieg”. Legătura cu această frază a fost concepută, astfel încât să-i ajute pe copii să țină minte numele compozitorului.

Chiar dacă Glisky și Glisky au găsit dovezi pentru eficacitatea acestor tehnici vizuale și semantice, cele două cercetătoare au avertizat că ameliorările memoriei obținute în laborator nu se traduc în mod necesar în ameliorări în viața cotidiană, deoarece aceste beneficii depind de oamenii care le practică și dacă ei folosesc aceste tactici în mod regulat. Această diferență de eficacitate poate fi mai mare în

cazul strategiilor care necesită un timp și un efort considerabile pentru a fi învățate. De asemenea, ameliorările din aria memoriei adesea nu funcționează la fel pentru toată lumea.

Studiile au găsit un oarecare temei pentru validitatea expresiei „capacitățile neexersate se pierd“ (*use it or lose it*). Cu cât ne folosim mai mult memoria — de exemplu, citind, dezlegând cuvinte încrucișate și jucând jocuri de societate —, cu atât aceasta va fi mai bună, probabil pentru că aceste activități implică utilizarea considerabilă a memoriei.

Desigur, cei cu o memorie mai bună pot fi, de asemenea, mai înclinați, în mod natural, să-și exerseze mintea, ceea ce explică unele asocieri dintre memoria bună și cantitatea de stimulare cognitivă (dar probabil că nu pe toate).

## Minte sănătoasă în corp sănătos

Dacă Jagger este cel puțin la fel de apt fizic precum arată, și mintea lui probabil că urmează același tipar. Unele studii au constatat că nivelul ridicat de exerciții aerobice este asociat cu o memorie mai bună la adulții în vârstă. Cu toate că multe dintre aceste studii nu demonstrează că exercițiile fizice aerobice cauzează ameliorări ale memoriei, există unele care sugerează totuși o conexiune cauzală. În studiul de sinteză din 2003, realizat de psihologul Stanley Colcombe, de la Universitatea Illinois din Urbana-Champaign,

și de colegii săi, pornind de la optsprezece studii controlate care abordau această asociere, ei au constatat că gimnastica aerobică într-adevăr duce la ameliorări ale memoriei.

Activitatea aerobică susținută poate să nu fie singurul mod în care să ne păstrăm mintea agilă și memoria ascuțită. Într-un studiu publicat în 2011, neurologa Ruth Ruscheweyh, de la Universitatea Münster din Germania, și colegii ei au evaluat activitatea fizică a 62 de adulți vârstnici timp de 6 luni. Chestionarul aplicat includea atât gimnastica organizată, cât și rutinele zilnice, precum mersul pe jos până la serviciu, urcatul scărilor și grădinaritul. Cercetătorii au corelat creșterile raportate ale activității fizice, indiferent de tipul ei, cu ameliorări ale memoriei episodice la sfârșitul celor 6 luni. Cu cât au crescut mai mult nivelurile de activitate, cu atât mai stimulată a fost memoria. Astfel, menținerea activității fizice prin exerciții regulate, pe lângă treburile și sarcinile zilnice, poate fi cea mai bună rețetă pentru revigorarea puterii de reamintire. (Pentru mai multe informații despre conexiunea dintre exercițiile fizice și performanțele mentale la vârste înaintate, vedeți art. „Fit Body, Fit Mind?“, de Christopher Hertzog, Arthur F. Kramer, Robert S. Wilson, și Ulman Lindenberger, *Scientific American Mind*, iulie–august 2009.)

Cercetările sugerează că multe tehnici de memorare, precum și stilul de viață activ din punct de vedere fizic și mental pot îmbunătăți

memoria la adulții vârstnici. Avem totuși un drum lung de făcut înainte de a găsi metode foarte eficiente, dar, dat fiind interesul mare pentru acest domeniu, ne așteptăm la progrese mari în viitorul apropiat.

### **Lecturi recomandate**

Draaisma, D. (2013), *The nostalgia factory: Memory, time and ageing*, New Haven: Yale University Press.

Glisky, E.L. & Glisky, M.L. (2008), Memory rehabilitation in older adults, în D. Tuss, G. Winocur & I. Robertson (coord.), *Cognitive neurorehabilitation: Evidence and applications* (ed. a 2-a) (pp. 541–562), Cambridge, Cambridge University Press.

Winningham, R. (2009), *Train your brain: How to maximize memory ability in older adults*, Amityville: Baywood Publishing Company.



---

\*\*\*\*\*  
———— E nasol să îmbătrânești (*N.t.*)

# Partea a IX-a

**Psihoterapia și alte abordări axate  
pe schimbare**

# Introducere

Cu mai multe decenii în urmă, psihoterapia era mai mult o artă decât o știință. Mulți terapeuți se bazau pe intuițiile proprii și pe semnalele propriului corp și pur și simplu făceau ceea ce credeau ei că ar fi cea mai bună cale de a-i ajuta pe clienți să se schimbe. Existau prea puține cercetări sau niciuna care să-i ghideze către metodele cele mai eficiente pentru diversele probleme. Apoi, cu aproximativ patruzeci de ani în urmă, cercetătorii din domeniul psihologiei clinice și psihiatriei și-au îndreptat atenția către studiile de cercetare, având ca obiectiv stabilirea gradului de eficacitate al diferitelor psihoterapii. Ca rezultat, acum avem date solide cu privire la terapiile care funcționează rezonabil de bine pentru o largă varietate de probleme. Dar tot mai avem cale lungă de străbătut.

Unii terapeuți susțin că metoda lor preferată este superioară altora. Alții cred că cele mai multe sau că toate terapiile sunt la fel de eficiente datorită elementelor pe care le au în comun, cum sunt empatia, susținerea și feedbackul. Care viziune este cea corectă? Contează ce tip de terapie face o persoană? În această secțiune a cărții examinăm această dezbatere și aflăm niște adevăruri cu privire la ambele puncte de vedere.

Psihoterapia este deseori folosită în asociere cu alte metode, cel mai adesea cu medicamentele psihotrope. Dovezile sugerează că în multe cazuri de depresie această combinație poate fi mai eficientă decât fiecare dintre metode aplicate separat. Un alt tratament folosit uneori în asociere cu psihoterapia este utilizarea animalelor domestice. Unii psihologi susțin că terapia asistată de animale (TAA) poate fi mai eficientă decât psihoterapia fără asistența animalelor. Așa să fie oare? În această secțiune aruncăm o privire mai în detaliu asupra acestei chestiuni.

Oamenii cu probleme caută adesea ajutor din alte surse decât psihoterapia, așa cum sunt de pildă cărțile de autoajutorare. Vânzările acestor cărți ating milioane de dolari în fiecare an, câteva mii de cărți noi fiind publicate anual. Unele persoane tulburate găsesc ajutor în aceste cărți, dar mulți psihoterapeuți le folosesc și ei ca parte a metodei lor de tratament. Frecvent, autorii cărților de autoajutorare fac aprecieri nerealiste cu privire la capacitatea de vindecare a unei persoane care va urma întocmai sfaturile pe care le dau ei. În această secțiune vom afla dacă aceste cărți au vreo valoare în a-i ajuta pe oamenii care suferă de afecțiuni psihice.

Oamenii adesea apelează și la alte surse de ajutor pentru problemele personale: la psihologii de la TV, cum ar fi Dr. Phil. Emisiunile lor atrag audiențe imense, mulți oameni crezând fără umbră de îndoială că ei

folosesc principii terapeutice valide și metode care sunt de ajutor pentru invitații lor. De obicei, aceste celebrități intră în contact cu un individ, cu un cuplu sau cu o familie care caută ajutor pentru probleme psihologice. Cei mai mulți folosesc o metodă foarte directivă și le spun oamenilor ce trebuie să schimbe și cum să procedeze — este ceea ce numim metoda *just do it* — „fapte, nu vorbe“. Unii oameni din public iau în serios această metodă și o folosesc pentru ei înșiși, precum și pentru prietenii și membrii familiilor lor. Sunt de ajutor acești psihologi de pe ecrane? Sunt metodele pe care le folosesc ei validate de cercetări?

Mulți oameni își formează propria impresie cu privire la modul de lucru al terapeuților din media, în special de la televizor și din filme. La fel ca în cazul psihologilor de la TV, publicul larg și-i reprezintă pe specialiștii din sănătatea mentală ca fiind atoateștiutori și omnipotenți. Pe de altă parte, avem și acele descrieri din media ale psihoterapiei în care pacientul stă întins pe o canapea în timp ce terapeutul încearcă să ajungă la „rădăcinile“ inconștiente de demult ale problemei, vorbind foarte puțin în acest proces. Cât de eficiente sunt astfel de abordări?

Miturile discutate în această secțiune au un impact practic asupra celor care cred în ele. Aceste mituri transmit informații eronate despre psihoterapie, care îi pot determina pe oameni să evite psihoterapia de care au nevoie sau să solicite psihoterapie pornind de la

așteptări nerealiste. În această secțiune, examinăm câteva întrebări despre psihoterapie și metodele asociate cu aceasta.

- Sunt toate terapiile la fel de eficiente?
- Eficacitatea diferitelor psihoterapii se datorează elementelor pe care le au în comun, precum empatia și susținerea, sau factorilor specifici diferitelor abordări?
- Este psihoterapia asistată de animale mai eficientă decât psihoterapia unu-la-unu?
- Adăugarea medicației crește eficacitatea psihoterapiei?
- Cât de mult ajută cărțile de self-help?
- Cât de mult ajută psihologii de pe ecrane?
- Cât de corecte sunt reprezentările psihoterapiei în media?
- De ce uneori oamenii sunt rezistenți la schimbare, deși știu că, dacă o fac, și-ar îmbunătăți calitatea vieții?

# 38

## Toate psihoterapiile sunt la fel?

Multe întrebări pot apărea în mintea unui potențial client care caută un psihoterapeut. Cât de experimentat este terapeutul? I-a mai ajutat oare și pe alți oameni cu probleme ca a mea? Este el sau ea o persoană cu care pot comunica? Dar s-ar putea ca acelui client să nu-i vină în minte întrebarea: Ce tip de terapie face acest specialist? Oamenii adesea presupun că orientarea terapeutică este irelevantă pentru eficacitatea tratamentului. Este aceasta o presupunere corectă?

Psihologii nu au căzut de acord cu privire la întrebarea dacă „școala” de terapie poate prezice eficacitatea unei terapii. Într-un sondaj din 2006, realizat de psihologii Charles Boisvert, de la Colegiul Rhode Island, și David Faust, de la Universitatea Rhode Island, cercetători în psihoterapie au evaluat afirmația:

„În general, terapiile ajung la rezultate similare“, cu un scor mediu de 6 pe o scală de la 1 la 7 puncte, ceea ce indică un acord puternic. Dimpotrivă, psihologii practicați au acordat o medie de 4,5 puncte, ceea ce înseamnă că sunt doar moderat de acord cu această afirmație. Așa cum vom descoperi, ambele tabere își pot argumenta punctul de vedere.

Cu toate că mai multe psihoterapii folosite în mod obișnuit sunt, în mare, comparabile ca efect, unele opțiuni sunt mai puțin potrivite pentru anumite tulburări, putând fi chiar dăunătoare. În plus, diferențele dintre terapii, în ceea ce privește eficacitatea lor, pot depinde, în parte, de tipul de probleme psihologice care îi afectează pe clienți.

## Povestea păsării dodo

Există cel puțin cinci sute de tipuri diferite de psihoterapie, conform unei estimări realizate de psihologul John Norcross, de la Universitatea Scranton. Dat fiind că cercetătorii nu le pot investiga pe toate, ei s-au concentrat în general pe metodele cel mai frecvent folosite. Acestea includ terapia comportamentală (modificarea comportamentelor nesănătoase), terapia cognitiv-comportamentală (modificarea modurilor de gândire dezadaptative), terapia psihodinamică (rezolvarea conflictelor interne inconștiente și procesarea experiențelor



nefericite din copilărie), terapia interpersonală (remediarea modurilor nesănătoase de interacțiune cu alții) și terapia centrată pe persoană (ajutorul dat clienților pentru a-și găsi propriile soluții pentru problemele din viața lor).

Încă din 1936, psihologul Saul Rosenzweig, de la Universitatea Washington, a conchis, după ce a revizuit cercetările pe această temă, că orice terapie funcționează la fel de bine ca oricare alta. La acea vreme, multe dintre principalele tratamente se încadrau, în mare, în categoriile psihodinamică și comportamentală, care sunt și astăzi folosite pe scară largă. Rosenzweig a introdus metafora păsării dodo, după creatura cu pene din povestirea *Alice în țara minunilor* a lui Lewis Carroll, care declara, după un concurs, că „toți au câștigat și toți trebuie să fie premiați”. Expresia „verdictul păsării dodo” a ajuns de atunci să se refere la opinia că toate terapiile au același efect.

Acest verdict a dobândit fundamentare în 1975, atunci când Lester Luborsky, psiholog la Universitatea Pennsylvania, și colegii săi au publicat o revizuire a cercetărilor relevante, care sugera că toate terapiile funcționează la fel de bine. Ideea a căpătat și mai multă forță în 1997, atunci când psihologul Bruce E. Wampold, de la Universitatea Wisconsin-Madison, și coautorii au publicat o metaanaliză (o revizuire cantitativă) a mai mult de 200 de studii științifice, în care

terapiile *bona fide* (genuine) erau comparate cu absența oricărui tratament. Prin terapii *bona fide*, ei înțelegeau tratamente oferite de terapeuți calificați, bazate pe principii psihologice solide și descrise în publicații. Echipa lui Wampold a constatat că diferențele de eficacitate dintre tratamente sunt minime (și că toate sunt mai bune decât absența tratamentului).

O explicație a „efectului păsării dodo” este că, practic, toate tipurile de psihoterapie au în comun niște trăsături importante. Într-o carte clasică din 1961, regretatul psihiatru Jerome Frank, de la Universitatea Johns Hopkins, argumenta că toate terapiile eficace presupun roluri clar prescrise pentru vindecător și pentru client. Ele le prezintă clienților raționalizări teoretice plauzibile și le oferă ritualuri terapeutice specifice, scria el. De asemenea, se desfășoară într-un cadru, de obicei un cabinet confortabil, asociat cu ameliorarea suferinței. Autorii de mai târziu au continuat pe linia lui Frank, susținând că terapiile eficace necesită empatie din partea clinicianului, o relație apropiată între specialist și client și obiective terapeutice comune.

Astăzi, mulți autori susțin că aceste elemente comune și altele sunt chiar mai puternice decât caracteristicile care fac diferența între o terapie și alta. Ca să luăm doar un exemplu, Wampold a conchis într-o analiză din 2001 că alianța terapeutică — forța legăturii dintre terapeut și client — explică circa 7% din eficacitatea

terapeutică, în timp ce școala terapeutică vine cu o influență de doar 1%. Cea mai mare parte din restul de 92% se presupune că este cauzată de alți factori, cum ar fi personalitatea terapeutului și cea a clientului.

## A dispărut pasărea dodo?

Cu toate că cei mai mulți cercetători sunt de acord că factorii comuni joacă roluri-cheie în psihoterapie, unii se îndoiesc cu privire la faptul că toate metodele sunt la fel de eficiente. Chiar și Wampold a făcut observația că rezultatele sale se verifică doar pentru tratamentele *bona fide* și nu se extinde la toate cele cinci sute sau peste cinci sute de terapii. De exemplu, puțini experți ar susține că terapia prin renaștere (*rebirthing therapy*), care pleacă de la îndoielnică premisă conform căreia trebuie să-ți „retrăiești” trauma nașterii pentru a-ți vindeca nevroza, funcționează la fel de bine ca terapia cognitiv-comportamentală pentru majoritatea afecțiunilor psihice.

Mai mult, cercetările sugerează că, inclusiv printre terapiile larg acreditate, tipul de tratament contează în anumite circumstanțe. Un studiu de sinteză din 2001, realizat de psihologii Dianne Chambless, de la Universitatea Pennsylvania, și Thomas Ollendick, de la Institutul Politehnic din Virginia, a dezvăluit că terapia comportamentală și cea cognitiv-comportamentală sunt mai eficiente decât cele

mai multe tratamente pentru tulburări de anxietate și depresie sau pentru problemele de comportament la copii și adolescenți. Mai mult, într-o metaanaliză din 2010, psihologul David Tolin, de la Institutul pentru Cercetarea Stilului de Viață din Hartford, Connecticut, a constatat că aceste două tipuri de terapie dau rezultate mai bune decât terapia psihodinamică în cazurile de anxietate și în cele de tulburări de dispoziție.

„Verdictul păsării dodo“ este limitat și de dovezile care arată că există câteva terapii folosite pe scară largă, dar care nu funcționează și mai mult dăunează. De exemplu, într-un studiu de sinteză din 2003, psihologul Richard McNally, de la Universitatea Harvard, și colegii săi au evaluat tehnica debriefingului psihologic în condiții de criză. Prin acest tratament de înlăturare a simptomelor de stres posttraumatic, terapeuții îi îndeamnă pe cei expuși la evenimente supraîncărcate emoțional, cum ar fi împușcături sau cutremure, să încerce să re trăiască sentimentele pe care le-au avut în timpul evenimentului la puțin timp după întâmplare. Echipa lui McNally a conchis că acest tratament este ineficace, dacă nu chiar dăunător, din cauză că interferează cu mecanismele de adaptare (*coping*) naturale.

În lumina acestor descoperiri, căutarea unui terapeut trebuie, cel puțin uneori, să presupună o verificare a tipului de tratament pe care acesta îl practică. Este adevărat că unele

ingrediente, precum empatia, care se regăsește în toate terapiile eficiente, sunt de efect și că diferite tehnici acreditate sunt la fel de influente pentru o gamă largă de dificultăți. Totuși, în anumite circumstanțe, orientarea terapeutică specifică poate conta. De exemplu, dacă specialistul adoptă o abordare din afara celor larg acceptate și validate empiric — una care nu se înscrie în categoriile largi pe care le-am enumerat aici —, nu trebuie presupus că acest tratament va fi de același ajutor ca altele. Dacă suferi de o tulburare de anxietate sau de una dintre celelalte afecțiuni pentru care intervențiile comportamentale și cognitiv-comportamentale funcționează bine, atunci a alege să lucrezi cu cineva care practică aceste două tipuri de psihoterapie este probabil o alegere mai bună.

Desigur, oamenii de știință au evaluat sistematic doar un număr mic de psihoterapii dintre cele create până acum, pentru a urmări eficacitatea lor în tratarea numeroaselor tulburări psihice care afectează omenirea. În deceniul următor, sperăm ca noi studii de cercetare să clarifice dacă tipul de terapie are o influență anume asupra vindecării unui individ de suferința sa psihică.

## Lecturi recomandate

Hunsley, J. & Di Guilio, G. (2002), Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence, *Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(1), 11–22.

Wampold, B.E. & Imel, Z. (2015), *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychology work*, New York: Routledge.

# 39

## Cărțile de self-help chiar sunt de ajutor?

Ați cumpărat vreodată o carte de autoajutorare? Dacă da, sunteți la fel ca majoritatea americanilor. Numai în anul 2003 editurile din SUA au scos mai mult de 3 500 de titluri noi de autoajutorare, vânzările atingând peste 650 de milioane de dolari. Mulți dintre cumpărători nu pot sau nu vor să meargă la psihoterapie, deși sondajele realizate de John C. Norcross, de la Universitatea Scranton, și de alții indică faptul că 80% dintre psihoterapeuți, deci majoritatea, le recomandă pacienților lor astfel de cărți. Cât de bine își ating scopul cărțile de autoajutorare?

Autorii cărților de self-help fac adesea promisiuni grandioase, care stârnesc scepticismul. Să ne gândim la titlul volumului de mare succes al lui Anthony Robbins: *Trezește*

uriașul din tine. Cum să preiei imediat controlul destinului tău mental, emoțional, fizic și financiar! (Act și Politon, 2017). Supracoperta cărții originale îl descrie pe Robbins ca pe un „expert recunoscut în psihologia schimbării”. Totuși, el nu are niciun fel de pregătire formală în sănătatea mentală. Și cu alte ocazii Robbins a stârnit ridicări din sprâncene, ca atunci când a afirmat că poate vindeca o problemă psihică într-o singură ședință, că poate face pe cineva să se îndrăgostească de tine în cinci minute și chiar că poate resuscita persoane aflate în moarte cerebrală. (Dacă va face acest lucru cu destul de mulți oameni, s-ar putea să vândă și mai multe cărți.)

Chiar și autori care au calificarea de psiholog nu sunt imuni la hiperbole. Wayne Dyer, consilier-psiholog, a scris *You'll See It When You Believe It: The Way to Your Personal Transformation*<sup>\*\*\*\*\*</sup> (Harper Paperbacks, 2001). Supracoperta promite că, „prin credință, poți face visurile imposibile să devină realitate, să transformi obstacolele în oportunități, să scapi de vinovăție și de agitația interioară și să-ți petreci fiecare zi făcând ceea ce-ți place să faci”. E o treabă bună dacă îți iese. Cu privire la timpul, banii și efortul pe care le cheltuie cumpărătorii acestor materiale, fără să menționăm speranțele pe care ele le hrănesc, este uimitor cât de puține lucruri știe o persoană obișnuită despre eficacitatea acestor cărți. Mai mult, așa cum observă psihologul clinician Gerald M. Rosen, de la Universitatea



Washington, organizațiile psihologice profesionale fac prea puțin pentru a educa publicul cu privire la punctele tari și slabe ale autoajutorării. Totuși, unii cercetători au realizat studii edificatoare cu privire la efectele cărților de self-help, adică ale „biblioterapiei”, cum o numesc ei.

În mod tipic, cercetătorii recrutează participanți cu o problemă specifică (precum depresie, atacuri de panică sau obezitate). Măsoară obiectiv problema înainte și după biblioterapie și compară datele obținute cu un grup care nu citește nicio carte și nu face niciun alt tratament (grupul „de control”); perioada de intervenție durează de obicei între 4 și 12 săptămâni. Unele studii compară, de asemenea, biblioterapia cu psihoterapia față-în-față.

Rezultatele demonstrează că în general biblioterapia duce la îmbunătățiri mai mari ale sănătății mentale decât absența oricărui tratament și adesea are beneficii egale cu cele obținute din psihoterapie. Înainte de a te conecta pe Amazon.com sau de a te grăbi la librărie însă, mai stai puțin ca să vedem care sunt limitările acestei cercetări.

**Eșantionul mic.** A fost evaluat doar un procent infim de cărți de autoajutorare; un eșantion mai mare ar putea demonstra efecte diferite.

**Probleme mici.** Multe studii au folosit subiecți cu probleme relativ minore (cum ar fi o frică

ușoară de a vorbi în public), care se pot preta mai bine la strategiile de autoajutorare decât problemele grave.

**Rezultate neuniforme.** Ameliorările apar la unele persoane, dar nu la toate, și mulți din cei care se fac bine rămân în continuare cu simptome semnificative.

**Condițiile studiului generează un succes mai mare.** Voluntarii participanți la studiu pot fi mai motivați decât persoanele care doar răsfoiesc cărțile la întâmplare în librărie sau în aeroport. Subiecții pot fi încurajați în mod deosebit să citească acea carte, întrucât cercetătorii adesea îi sună pentru a le monitoriza evoluția. (Pe de altă parte, unul dintre autori [Hal Arkowitz] are de mai mult de treizeci de ani o carte de autoajutorare, intitulată *How to Get Control of Your Time and Your Life*\*\*\*\*\*. Încă nu a găsit timp s-o citească. Poate că ar trebui să participe și el la unul dintre studiile acestea.)

**Tratamente combinate.** Un studiu de sinteză a constatat că participanții la studiul privind biblioterapia s-au întâlnit și cu terapeuți timp de 36 de minute în medie săptămânal, ceea ce face dificilă separarea efectelor pozitive datorate psihoterapiei de cele datorate biblioterapiei.

### **Caseta 39.1 Utilizarea înțeleaptă a cărților de autoajutorare**

- Alegeți cărți bazate pe cercetări sau pe principii psihologice valide în ceea ce privește căile de schimbare. Verificați dacă autorul face referiri la cercetări publicate care să îi susțină argumentele. Printre cărțile care au fost utilizate cu efecte bune în studiile de biblioterapie se numără: *Feeling Good: The New Mood Therapy*<sup>\*\*\*\*\*</sup>, de David D. Burns (Avon, 1999); *Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*<sup>\*\*\*\*\*</sup>, de Dennis Greenberger și Christine Padesky (Guilford Press, 1995) și *Coping With Panic: A Drug-Free Approach to Coping with Anxiety Attacks*<sup>\*\*\*\*\*</sup>, de George Clum (Self Change Systems, 1999).
- Verificați referințele cu privire la autor. Autoproclamarea ca specialist (sau apariția în emisiunea *Oprah*) nu face din nimeni un specialist.

- Aveți grijă la cărțile care fac promisiuni pe care este evident că nu le pot îndeplini, cum ar fi vindecarea unei fobii în cinci minute sau repararea unei căsnicii eșuate într-o săptămână. În mod tipic, aceste cărți se bazează pe prejudecățile și preferințele personale ale autorului mai degrabă decât pe principii psihologice valide.
- Aveți grijă la autorii care oferă soluții „bune la toate“. De exemplu, o carte care vă spune să vă exprimați întotdeauna furia față de partener nu ține cont de complexitatea persoanelor implicate și de condițiile specifice ale căsniciei respective.
- Dacă problema este una gravă — cum ar fi o depresie clinică, o tulburare obsesiv-compulsivă sau schizofrenie —, este mai bine să apelați la tratament de specialitate decât să citiți o carte de autoajutorare.

**Speranțe false.** Unele cărți de autoajutorare nu reușesc să ofere lucrurile exagerate pe care le promit. În consecință, cititorii pot percepe lipsa schimbării ca pe un eșec personal și se pot considera pe ei înșiși niște cazuri fără speranță („sindromul speranțelor false“). Atunci când nu le sunt îndeplinite așteptările

nerealiste privind schimbarea de sine, oamenii se simt frustrați și descurajați, iar unii dintre ei renunță chiar să mai încerce să se schimbe.

Chiar și atunci când autoajutorarea funcționează, poate să nu funcționeze la fel ca psihoterapia. Această posibilitate a fost examinată într-un studiu de sinteză realizat în 2007 de Marisa Menchola, împreună cu colegul Arkowitz, de la Universitatea Arizona, și cu Brian Burke, de la Colegiul Fort Lewis. Spre deosebire de revizuirile anterioare ale cercetărilor existente, această sinteză a inclus doar studii în care contactul cu un terapeut sau cercetător a fost minim și în care subiecții sufereau de tulburări grave, cum ar fi depresia majoră sau tulburarea de panică. În mare, biblioterapia a fost mai bună decât niciun tratament, dar psihoterapia a fost totuși superioară biblioterapiei. Anumite cărți de autoajutorare pot fi resurse valoroase pentru schimbarea personală, mai ales dacă cititorii urmează cele câteva idei simple menționate în Caseta 39.1. Faimoasa expresie latină rămâne totuși valabilă: *Caveat emptor!* („Cumpărătorule, ai grijă!”)

### **Lecturi recomandate**

Menchola, M., Arkowitz, H. & Burke, B. (coord.) (2007), Efficacy of self-administered

treatments for depression and anxiety. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 421–429.

Rosen, G.M., Glasgow, R.E., Moore, T.M. & Barrera, M. (2015), Self-help therapy: Recent developments in the science and business of giving psychology away, in S.L. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (coord.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 245–274). New York: Guilford Press.

Scogin, F.R. (coord.) 2003, The status of self-administered treatments [Special section], *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 247–349.

---

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ Vei vedea atunci când vei crede. Calea către transformarea ta personală (N.t.)

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ Cum să obții controlul asupra timpului și vieții tale (N.t.)

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ Să te simți bine. Noua terapie a stării de dispoziție (N.t.)

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ Minte controlază afectele. Schimbă ce simți, schimbând ce gândești (N.t.)

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ Gestionarea panicii. O metodă fără medicamente de gestionare a atacurilor de anxietate (N.t.)

# 40

## **Capcana metodei „Just Do It!“ („Fapte, nu vorbe!“)**

**Sau de ce Dr. Phil și Dr. Laura nu vă vor rezolva problemele**

O femeie căsătorită de paisprezece ani telefonează în direct, la radio, și intervine în emisiunea Dr. Laura. Ascultătoarea spune că recent a realizat că ea nu a fost niciodată iubită de soțul ei și îi povestește Dr. Laura că i-a spus acest lucru și soțului ei. Cuplul merge la consiliere maritală, dar, așa cum rezultă dintr-o înregistrare de pe YouTube a episodului respectiv, Dr. Laura îi spune femeii care a sunat că această consilieră este inutilă, din cauza atitudinii femeii. Conversația continuă așa:

Dr. Laura: Ce întrebare aveți pentru mine?



Apelanta: Ce fel de sfat puteți să-mi dați ca să încerc să...?

Dr. Laura (întrerupând-o): Prea târziu, acum e prea târziu, v-ați purtat cu cruzime.

Apelanta: Atunci...

Dr. Laura (întrerupând-o din nou): Încercați să vă cereți iertare, fiind bună cu el în fiecare zi. Poate că aveți probleme doar la capitolul „a simți compasiune pentru cineva“.

Într-un episod al emisiunii TV a Dr. Phil, care a debutat pe 1 aprilie 2009, Dr. Phil vorbea cu o invitată care îi cerea un sfat, pentru că se înfuria foarte tare pe copii și uneori îi lovea. Răspunsul lui: „Știu că puteți să vă opriți. Puteți să vă abțineți pentru că vă puteți controla față de alți oameni... Dacă vreți, o să și puteți...”

Participanții la emisiunile Dr. Laura (Schlessinger) și Dr. Phil (McGraw) caută ajutor pentru o diversitate de probleme personale, iar sfaturile oferite de gazde ajung la o mulțime de oameni. În 2010 emisiunea interactivă realizată de Dr. Laura a atras mai mult de 9 milioane de ascultători pe săptămână. Cam în aceeași perioadă, Dr. Phil atrăgea în mare cam 4 milioane de spectatori pe emisiune. Totuși, niciunul dintre ei nu a pretins că ceea ce face ar fi psihoterapie. Mai mult, opiniile exprimate în mod obișnuit atât

de Schlessinger, cât și de McGraw cu privire la necazurile oamenilor contrazic mare parte din literatura psihologică, ceea ce sugerează că recomandările lor cu greu ar putea funcționa și că ar putea fi chiar dăunătoare.

Cu toate că Schlessinger are o acreditare, în California, pentru consiliere maritală și pentru lucrul cu copii și familii, ea a făcut un doctorat în fiziologie, nu în psihologie, ceea ce face ca utilizarea titlului de „Doctor“ drept calificare pentru a le da sfaturi oamenilor să fie, de fapt, o inducere în eroare. McGraw are un doctorat în psihologie și a avut ca psiholog drept de practică în Texas până în anul 2006, după care nu și-a mai reînnoit acreditarea.

## Blamarea victimei

McGraw și Schlessinger au dreptate când subliniază responsabilitatea personală și descurajează blamarea altora pentru problemele personale. Totuși, deseori ei duc responsabilizarea individuală la extremă, dând de înțeles că oamenii sunt vinovați pentru toate dificultățile pe care le întâmpină, deși, în realitate, la problemele psihologice pot contribui semnificativ și factori, precum moștenirea genetică, istoria personală și circumstanțele actuale. Accentuarea mai presus de orice a controlului personal îi poate descuraja pe oameni să identifice problemele externe sau contextele care pot contribui la problemele lor și care ar putea fi schimbate.

Un alt dezavantaj al stilului lui Schlessinger și McGraw este lipsa lor de empatie, lipsa dorinței de a înțelege gândurile, sentimentele și chinul unei alte persoane, din perspectiva acelei persoane. Schlessinger petrece de obicei doar câteva minute cu o persoană care sună în emisiune, întrerupând-o frecvent și uneori referindu-se în termeni derogatori la comportamentul persoanei respective, cum ar fi utilizarea apelativului „prost/proastă”. Sfatul ei, în cuvinte dure, este de obicei bazat pe vederile ei sociale și religioase conservatoare și adesea neglijează multe dintre problemele specifice cu care se confruntă apelantul. McGraw petrece în mod tipic ceva mai mult timp ascultând, dar ajunge relativ repede la concluzii despre cauzele și soluțiile pentru problemele invitatului, demonstrând, și el, puțină apreciere față de complexitatea vieții oamenilor.

Cercetări recente sugerează că lipsa de empatie este un handicap atunci când încerci să-i ajuți pe oamenii cu probleme psihologice sau sociale. Într-o revizuire cantitativă din 2002 a mai multor studii, psihologul Arthur Bohart, care lucra pe atunci la Universitatea de Stat California — Dominguez Hills, împreună cu colegii săi a găsit o corelație între nivelul înalt de empatie al terapeuților și rezultatele de succes ale pacienților lor. Într-un studiu din 1992, psihiatrul David Burns, pe atunci la Facultatea de Medicină a Universității Pennsylvania, și colegii săi au folosit tehnici

statistice avansate pentru a distinge între cauze și efecte și au constatat că abilitatea terapeutului de a empatiza nu doar că este corelată cu progresul pacientului, dar și contribuie efectiv la acel progres. Empatia este piatra de hotar în psihoterapie, atât pentru că terapeuții au nevoie de ea pentru a oferi îndrumări relevante, cât și pentru că pacienții beneficiază de pe urma faptului că se simt cu adevărat înțeleși.

## Generarea rezistenței

În loc să încerce să-și înțeleagă invitații, deseori Schlessinger și McGraw îi confruntă pe aceștia, fiind directivi și autoritari, spunându-le oamenilor ce să facă sau ce să nu facă, deși au relativ puține informații de la cei cărora le adresează instrucțiunile lor. De exemplu, Dr. Phil i-a spus unui tânăr de nouăsprezece ani care se gândea să se căsătorească cu o femeie de treizeci de ani, cu doi copii, după o perioadă foarte scurtă de când se cunoscuseră: „În mod absolut și fără echivoc, nu trebuie să faci asta!”

Chiar dacă spectatorii vor încuviința la aceste sfaturi, numeroase studii arată că stilul directiv al terapeutului îi poate face pe mulți să se opintească și chiar să-și agraveze problema psihică. În 1985, psihologii Gerald Patterson și Marion Forgatch, de la Centrul de Învățare Socială, din Oregon, au conchis că directivele date de terapeuții care le învățau pe mame cum să se comporte cu copiii dificili generau și mai

multe reacții de rezistență din partea mamelor, spre deosebire de o consiliere suportivă, care presupunea încurajarea blândă a mamelor și credința în capacitatea copilului de a se schimba. Într-un studiu din 1993, psihologul William R. Miller, de la Universitatea New Mexico, și colegii săi au constatat că terapeuții care foloseau mai multe replici directive și confrunționale generau o mai mare opoziție din partea clienților lor cu probleme de consum de alcool. În plus, cu cât terapeuții erau mai directivi, cu atât clienții consumau mai mult alcool la un an după terapie.

Cei mai mulți psihoterapeuți știu că nu e de niciun ajutor să le spună franc oamenilor să înceteze comportamentul-problemă și că, în realitate, nu există niciun fel de date care să arate că cineva ar fi beneficiat de pe urma sfaturilor primite de la Schlessinger sau McGraw. După o examinare minuțioasă a literaturii de specialitate și a informațiilor de pe internet, nu am găsit niciun studiu de urmărire a participanților, fie formal, fie informal.

Întrucât practicile lui Schlessinger și McGraw nu au nicio bază, credem că acești celebri moderatori de emisiuni radio sau TV trebuie să demonstreze că nu cauzează daune celor pe care îi sfătuiesc în direct. A numi ceea ce fac ei „divertisment” sau „educație” nu îi exonerează de această cerință. Ambele emisiuni oferă reprezentări incorecte ale modului în care specialiștii în sănătatea

mentală îi înțeleg și îi ajută pe oameni. Cele mai multe probleme psihice nu vin doar dintr-o lipsă de autocontrol și nu pot fi schimbate prin simple directive. O asemenea credință îi poate face pe milioane de oameni să ignore cauze biologice sau sociale importante ale problemele lor și să nu reușească să găsească tratamentele eficiente de care au nevoie.

### **Lecturi recomandate**

Elliot, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2011), *Empathy, Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 48, 43–49.

Salerno, S. (2005), *SHAM: How the self-help movement made America helpless*, New York: Crown Publishers.

# 41

## Terapia cu animale funcționează?

În 1857, romancierul britanic George Eliot scria: „Animalele sunt prieteni tare plăcuți. Nu-ți pun nicio întrebare și nu te critică niciodată“. Deci nu este o surpriză că, de mult timp, oamenii de știință au fost intrigati de posibilitatea ca animalele să posede puteri terapeutice încă nedescoperite. Dar pot fi animalele benefice pentru sănătatea noastră psihică și fizică? Altfel, spus ne pot aduce vindecare, ca animale de companie sau ca „terapeuți“?

Cei mai mulți dintre americani sunt iubitori de animale; circa 63% dintre gospodăriile din Statele Unite includ unul sau mai multe animale de companie, conform Asociației Producătorilor de Bunuri pentru Animale de Companie. Câteva dintre studiile realizate sugerează că aceia dintre noi care țin animale de companie au tendința de a fi ceva mai

fericiți decât cei care nu au animale de casă. În plus, un studiu realizat de Erika Friedmann și colegii ei de la Școala de Asistente Medicale de la Universitatea Maryland arată că deținerea unui animal este indicatorul unei rate de supraviețuire cu un an mai lungă în rândul victimelor atacurilor de inimă.

Deși este interesant și poate chiar important, asemenea studii sunt dificil de interpretat, pentru că proprietarii de animale de companie pot fi incomensurabil de diferiți față de oamenii care nu au animale de companie. De exemplu, deținătorii de animale pot fi mai bine adaptați psihic și pot să prezinte mai puțini factori de risc cardiac (pot urma diete mai sănătoase și experimenta niveluri mai scăzute de ostilitate) decât cei care nu dețin animale de companie.

## Ușurează stresul?

Pentru a descoperi potențialele influențe ale animalelor de companie asupra stării de bine, cercetătorii trebuie să realizeze experimente în care să convingă persoane alese la întâmplare să accepte un animal de companie și să stea alături de el — fie acasă, fie în condiții de laborator. Studiile realizate de psihologii Karen Allen, de la Universitatea din Buffalo, și James Blascovich, de la Universitatea din California, Santa Barbara, și colegii lor demonstrează că prezența unui animal favorit în timpul executării unei sarcini stresante —



cum ar fi realizarea în minte a unor calcule aritmetice dificile — previne de obicei creșterile bruște ale presiunii sangvine în rândul participanților. Dimpotrivă, prezența unui prieten nu are același efect. În plus, cercetările lui Allen arată că agenții de bursă stresați, hipertensivi, care au primit, în mod aleatoriu, spre adopție fie un câine, fie o pisică, au ajuns la o presiune sangvină mai scăzută decât cei care nu aveau animale. Aceste studii sugerează că prezența animalelor de companie poate scădea presiunea sangvină și nivelurile de stres, deși nu ne spun și care sunt motivele care determină acest efect. De asemenea, ele nu ne oferă indicii cu privire la posibilitatea unor efecte similare ale altor stimuli plăcuți, cum ar fi o amuletă sau o păpușă favorită.

Puțini ar putea contesta afirmația că animalele de companie ne oferă alinare, în special în perioadele de tensiune sau singurătate. O întrebare mult mai controversată privește eficacitatea terapiei asistate de animale (TAA), definită ca folosirea unui animal, fie ca tratament în sine, fie ca adjuvant la un tratament preexistent, precum psihoterapia. Animalele folosite în diferite forme de TAA alcătuiesc o veritabilă menajerie: cai, câini, pisici, iepuri, păsări, pești, porcușori de guineea și, poate cei mai cunoscuți, delfinii.

În schimb, problemele psihice pentru care sunt folosite TAA includ schizofrenia, depresia clinică, tulburările de anxietate, tulburările de

alimentație, tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, autismul și o gamă largă de dizabilități de dezvoltare.

Popularizate în mare măsură de către psihologul Boris Levinson, de la Universitatea Yeshiva, în anii 1960, TAA par a fi surprinzător de răspândite: un sondaj realizat în 1973 de psihologa Susan S. Rice, de la Universitatea de Stat din Oklahoma, și de colegii ei a arătat că 21% dintre terapeuții din divizia de psihoterapie a Asociației Americane de Psihologie, includ animalele în formele de tratament oferite. Dacă acest procent s-a schimbat în cele patru decenii care au trecut de atunci, nu se știe.

## Recreere versus terapie

Funcționează deci terapia asistată de animale (TAA)? Pentru a face o incursiune în această problemă, trebuie să facem distincția între cele două utilizări diferite ale animalelor: recreere și psihoterapie.

Uneori animalele sunt utilizate pur recreațional: scopul este acela de a le permite însoțitorilor lor umani să se binedispună. Din acest punct de vedere, toată lumea e de acord cu faptul că interacțiunea cu animalele prietenoase poate „funcționa” ca *loisir*, deoarece astfel de activități îi fac adesea pe oameni să se simtă temporar mai fericiți.

Pentru a arăta că și TAA funcționează, cercetătorii trebuie totuși să demonstreze că

animalele produc efecte de durată asupra sănătății psihice a oamenilor, nu doar schimbări de dispoziție pe termen scurt, cum ar fi plăcere, relaxare sau entuziasm.

Probabil că forma cel mai larg studiată de TAA este terapia asistată de delfini, care este cel mai des folosită pentru copiii cu autism sau cu alte dizabilități de dezvoltare. Terapia asistată de delfini este practică nu doar în Statele Unite — în principal, în Florida și Hawaii —, ci și în Mexic, Israel, Rusia, Japonia, China și Insulele Bahamas. De obicei, în timpul ședințelor de terapie asistate de delfini, copiii interacționează cu un delfin captiv, în apă, în timp ce îndeplinesc sarcini manuale rudimentare, cum ar fi să pună inele pe un băț. În multe cazuri, delfinul se presupune că servește ca „factor de întărire” a comportamentelor adecvate ale copiilor. Multe pagini de internet dedicate terapiei asistate de delfini promovează cu convingere eficacitatea acestui tratament; un site afirmă că „acest domeniu al medicinei a demonstrat rezultate extraordinare ale terapiei și un succes revoluționar”, în comparație cu tratamentele convenționale, incluzând aici medicația și psihoterapia. Dar datele științifice susține oare aceste afirmații?

Psihologa Lori Marino, activă pe atunci la Universitatea Emory, și unul dintre autorii acestei cărți, Scott Lilienfeld, au examinat descoperirile cercetărilor cu privire la terapia asistată de delfini în două studii de sinteză,

unul publicat în 1998, iar al doilea, în 2007. Cei doi au constatat că nu există dovezi pentru eficacitatea terapiei asistate de delfini. În multe cazuri, cercetătorii au demonstrat doar că există copii care au primit terapie asistată de delfini și care au prezentat ameliorări pe unele dimensiuni psihologice, în comparație cu copiii care nu urmaseră această terapie. Totuși, aceste rezultate nu exclud posibilitatea ca schimbările să fi apărut prin simpla trecere a timpului. În alte cazuri însă cercetătorii nu au exclus posibilitatea ca ameliorările raportate să fi fost doar niște modificări de scurtă durată ale dispoziției mai degrabă decât niște modificări permanente ale simptomelor. În sfârșit, niciun cercetător nu a exclus posibilitatea ca efectele benefice observate să fi fost produse de animal la fel ca orice alt stimul foarte plăcut. Nici studiile de cercetare privind alte forme de TAA nu par să fie mai concludente.

## Costuri ascunse

De ce ne interesează dacă TAA funcționează? Până la urmă, dacă le place copiilor, iar părinții sunt dispuși să plătească, de ce să ne facem griji? Sunt cel puțin trei motive pentru a chestiona eficacitatea TAA. Primul este acela că TAA poate produce ceea ce economiștii numesc „costuri de oportunitate” — e vorba despre timpul, banii și efortul cheltuite cu tratamentele ineficace. Din cauza acestor costuri, părinții și copiii pot rata șansa de a

primi tratamente eficace. În cazul terapiei asistate de delfini, costurile de oportunitate sunt departe de a fi neglijabile, căci tratamentele costă adesea între 3 000 și 5 000 de dolari, fără a include prețul călătoriei și al cazării. Al doilea motiv este faptul că cel puțin unele TAA pot fi fizic periculoase. De exemplu, în terapia asistată de delfini nu există lege care să spună că delfinii trebuie să fie verificați de boli infecțioase. Mai mult, au fost numeroase cazuri de copii răniți de delfini în timpul ședințelor de terapie asistată de delfini. Al treilea motiv este că unele TAA produc costuri în general neevaluate pentru animalele însele. De exemplu, scoaterea delfinilor din mediul lor natural sălbatic, pentru a fi transferați în facilitățile terapeutice, nu doar că îi separă de familiile lor, dar adesea duce la moartea multor delfini din fiecare lot.

Deci, ca să tragem linie: Sunt animalele bune pentru sănătatea noastră psihică și fizică? Fără îndoială multe animale pot fi companioni valoroși și pot oferi suport social; de asemenea, pot să ne facă să ne simțim mai bine pe termen scurt. Este posibil ca animalele de companie să fie de un deosebit ajutor pentru oamenii cu depresie sau pentru copiii care au fost grav neglijăți, pentru care singurătatea și lipsa de suport social sunt adesea probleme comune. Totuși, vor fi necesare studii suplimentare pentru a cerceta această posibilitate. Apoi o cu totul altă problemă este cea referitoare la posibilitatea ca animalele — inclusiv delfinii — să

producă schimbări pe termen lung ale principalelor simptome în cazul altor afecțiuni psihice, cum ar fi autismul, dizabilitățile de dezvoltare sau tulburările de anxietate. În ceea ce privește eficacitatea pe termen lung a TAA, ne mulțumim cu acel verdict dat în instanțele de judecată scoțiene: „Nedovedit“<sup>\*\*\*\*\*</sup>.

### **Lecturi recomandate**

Allen, K. (2003), Are pets a healthy pleasure? The influence of pets on blood pressure, *Current Directions in Psychological Science*, 12(6), 236–239.

Fine, A.H. (coord.), (2006), *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* (ed. a 2-a), San Diego, CA, Academic Press.

Marino, L. & Lilienfeld, S.O. (2007), Dolphin-assisted therapy: More flawed data and more flawed conclusions, *Anthrozoos*, 20(3), 239–249.

---

\*\*\*\*\* În jurisprudența scoțiană, există, pe lângă „vinovat” și „nevinovat”, un al treilea verdict posibil: „nedovedit”. (*N.red.*)

# 42

## Percepția publicului despre psihoterapie

Imaginează-ți că nu te-ai simțit în apele tale în ultimul timp. Din motive pe care nu le înțelegi, ești un pic deprimat, ai probleme cu somnul și ești mai iritabil decât de obicei. Pentru prima dată în viața ta, ai decis să cauți ajutorul unui specialist. Când intri în cabinetul terapeutului, ce te aștepti să găsești?

Dacă ești la fel ca mulți oameni, te vei aștepta ca terapeutul să îți ceară să te întinzi pe o canapea și să vorbești despre trecutul tău, în special despre experiențele tale dureroase din copilărie. Poate că vei discuta despre visele și fanteziile tale, precum și despre relațiile cu părinții. Poate te aștepti să vorbești tu mai mult, în timp ce terapeutul ascultă cu atenție și îți analizează șirul de gânduri. Terapeutul te va ajuta să ajungi la un *insight* brusc și dramatic,



poate declanșat de o amintire îndelung refulată sau de o înțelegere complet nouă a unei probleme vechi.

Așa cum vom vedea, aceste viziuni populare despre psihoterapie sunt, în mare, demodate și incorecte. Însă, deoarece au fost modelate de media de divertisment, nu este surprinzător că sunt atât de larg răspândite. Percepțiile eronate ale publicului despre psihoterapie contează. Dacă oamenii își mențin o viziune negativă nejustificată despre terapeuți sau dacă vin la terapie cu așteptări nerealiste, pot fi ezitanți în a căuta ajutor sau pot fi dezamăgiți atunci când îl primesc.

## Dezinformări populare

Datele unor sondaje sugerează că mulți americani au viziuni eronate despre psihoterapie. De exemplu, într-un studiu din 2012, realizat pe un grup de studenți la psihologie de către psihologele Annette Taylor și Patricia Kowalski, între 63% și 70% dintre participanți (în funcție de formularea întrebării) au fost de acord că, pentru ca tratamentul psihologic să funcționeze, terapeuții trebuie mai întâi să dezgroape cauzele aflate la „rădăcina” problemelor, adică să analizeze atenți copilăria clienților. Cu toate acestea, decenii de cercetări realizate cu privire la terapiile cognitiv-comportamentală, comportamentală și interpersonală demonstrează că, deși urmărirea presupuselor

cauze timpurii ale dificultăților oamenilor poate oferi uneori o perspectivă utilă în abordarea problemelor curente, aceasta este rareori un ingredient necesar pentru ameliorare. Într-un alt sondaj, publicat în 2013 de către psihologii Rick Gardner și Dana Brown, de la Universitatea Colorado din Denver, studenții au notat cu o medie de 2,6 itemul „Cele mai multe psihoterapii presupun întinderea pe canapea și explorarea trecutului timpuriu al persoanei” — scala era de 6 puncte, unde 1 = complet fals și 6 = complet adevărat. Aceasta sugerează că mulți dintre participanți au perceput cel puțin un mic adevăr în această afirmație.

Alte date sugerează că publicul general este prost informat cu privire la psihoterapeuți, adesea făcând confuzie între psihologi, psihiatri și alți furnizori de tratamente de sănătate mentală. De exemplu, într-un studiu din 2007, realizat la nivelul populației pe un eșantion de peste 1 000 de americani, psihologa Rhea Farberman, de la Asociația Americană de Psihologie, a arătat că „cei mai mulți dintre americani nu pot diferenția între diferitele specialități dedicate sănătății mentale”. Această „confuzie între roluri”, cum a fost denumită, poate alimenta percepția eronată că cei mai mulți furnizori de tratamente lucrează, în principiu, la fel, de unde și ideea că și diversele psihoterapii sunt cam la fel.

## Portretizările eronate din media

În media, nu ducem lipsă de portretizări ale specialiștilor în sănătate mentală. Așa cum observau epidemiologa Jane Pirkis, de la Universitatea Melbourne, și coautorii ei într-un raport din 2005, aproximativ 9% dintre emisiunile de televiziune difuzate la ore de maximă audiență prezintă cel puțin un psihoterapeut. Deloc surprinzător, percepția publicului cu privire la psihoterapie ca fiind o călătorie în trecut, adesea realizată stând întins pe canapea, este oglindită — și probabil influențată — de reprezentările modelate de micul și marele ecran.

Așa cum raportau într-o analiză din 2003 psihologii Danny Wedding, de la Institutul pentru Sănătate Mentală din Missouri, și Ryan Niemiec, de la Institutul de Medicină Comportamentală din Saint Louis, majoritatea covârșitoare dintre descrierile psihoterapiei din filmele de la Hollywood o prezintă ca pe un tratament de natură psihanalitică (freudiană). Cercetătorii menționează exemplul filmului din 2003 al lui Woody Allen, *Anything Else* (*Sfaturi în dragoste*), în care terapeutul îi cere clientului să se întindă pe canapea. În plus, terapeutul abia dacă vorbește, nicidecum să ofere vreun sfat. Psihoterapia este în mod tipic portretizată într-o manieră caricaturizată și în benzile desenate. Într-o analiză a descrierii terapeuților din benzile desenate dintre 1941

până în 1990, psihiatrul Glenn Walter, de la Clinica Northside din Sydney, Australia, a constatat că 86% dintre materiale îl prezintă pe pacient stând pe canapea, cu schimbări minore de-a lungul timpului. Mai mult, așa cum indică Wedding și Niemiec, multe filme de la Hollywood înfățișează cursul tipic al psihoterapiei ca ducând la „vindecări neașteptate”, practic, la transformări psihice imediate, declanșate de o iluminare dramatică, privitoare adesea la copilărie.

Aceste portretizări nu se susțin în fața realității. Așa cum au demonstrat psihologii John Norcross și Jessica Rogan într-un sondaj din 2013, realizat pe 428 de psihoterapeuți, doar 27% dintre ei se descriu ca fiind de orientare „psihodinamică”, adică influențați de învățăturile lui Sigmund Freud și ale colegilor lui. În plus, celebrul divan ține de psihanaliza de altădată, utilizarea lui fiind destul de rară astăzi în terapiile psihodinamice. Mai mult, ameliorarea în psihoterapie este aproape întotdeauna graduală și neuniformă și rareori este urmarea unei singure iluminări remarcabile.

Cele mai multe filme și emisiuni de televiziune care descriu psihoterapii sunt pline de greșeli. Așa cum observau Niemiec și Wedding, în terapia de tip Hollywood sunt larg răspândite încălcările flagrante ale limitelor, inclusiv prietenii apropiate sau relațiile sexuale între terapeut și client (ambele lipsite de etică, după standardele profesionale). De

exemplu, în filmele *Analyze This* (*Cu nașu' la psihiatru*) și *Analyze That* (*Nașul stresat*), care au apărut în 1998, respectiv în 2002, cu Billy Crystal și Robert De Niro în rolurile principale, terapeutul face tratament cu clientul în timp ce aceștia iau masa la restaurant, respectiv în timp ce se află la o nuntă; în oscarizatul film din 1997, *Good Will Hunting*, terapeutul (jucat de Robin Williams) încearcă să-l strângă de gât pe client (jucat de Matt Damon) în timpul unei confruntări. Interesant, o analiză a 250 de recenzii ale filmului *Good Will Hunting* realizată de psihologa Mary Banks Gregorson a adus la lumină faptul că doar una singură a pus sub semnul întrebării comportamentul terapeutului. Mai mult, nenumărate filme contribuie la confuzia între roluri, pentru că nu fac distincția între psihologi și psihiatri. Într-o sinteză din 1999, psihologii Richard Bischoff, de la Universitatea Nebraska din Lincoln, și Annette Reiter, de la Centrul de Consiliere pentru Căsnicie și Familie Pinellas din St. Petersburg, Florida, au arătat că doar 6% dintre psihoterapeuți sunt identificați ca psihologi, cei mai mulți fiind descriși ca psihiatri sau vreun alt tip de medic.

## Stereotipuri legate de psihoterapie

Terapeuții descriși pe ecrane par să se încadreze într-un număr mic de categorii stereotipice. Într-o sinteză din 1987, psihiatrul din Maryland, Irving Schneider, i-a clasificat pe

specialiștii din filme în trei mari grupuri: Dr. Dippy<sup>\*\*\*\*\*</sup> (denumită după primul film care a prezentat un terapeut, *Dr. Dippy's Sanitarium*, peliculă ce a avut premiera în 1906), Dr. Wonderful și Dr. Evil. Dr. Dippy (personificat și de Mel Brooks în filmul din 1977, *High Anxiety*) este prototipul terapeutului „nebun”. Pare mai tulburat decât mulți dintre clienții săi și adesea este caraghios sau ridicol. Dr. Wonderful (reprezentat de Judd Hirsch în filmul *Ordinary People* din 1980) este bun și empatic, și nu poate face niciun rău. Dr. Evil (reprezentat de Anders Ahlbom în filmul din 2008 *The Girl Who Kicked the Hornet's Nest*<sup>\*\*\*\*\*</sup>) este crud, adesea abuziv față de pacienții săi. Alți autori au extins taxonomia tripartită a lui Schneider. De exemplu, așa cum observa într-un articol din 1999 reporterul Scott Sleek, psihologii din grupul de monitorizare media al diviziei 46 din Asociația Americană de Psihologie au adăugat încă două categorii: Dr. Rigid, care este un nesuferit lipsit de emoții, și Dr. Line-Crosser, care, după cum îi spune numele, încalcă limitele cruciale ale pacienților săi.

## Motive de speranță?

În ciuda portretizărilor derutante ale psihoterapeuților pe marile și micile ecrane, există și motive de optimism. Cel puțin unele reprezentări media ale terapeuților, precum

cea realizată de Gabrielle Byrne în rolul lui Dr. Paul Weston din serialul TV *In Treatment* (de pe HBO), pot fi ceva mai încurajatoare.

*In Treatment* înfățișează un terapeut rezonabil de realist, care se străduiește să-și ajute clienții. Nu este lipsit de defecte, în niciun caz, dar nici nu este inept, crud sau inautentic. În același timp, așa cum unul dintre autorii acestei cărți, Hal Arkowitz, observa într-o recenzie din 2008 publicată în *Scientific American Mind*, Weston se angajează în mod frecvent în tactici înalt confrunționale cu clienții săi; în general, studiile controlate cu privire la psihoterapie au constatat că asemenea strategii sunt asociate cu rezultate slabe.

Alte date arată că publicul general de astăzi are o viziune mai bună asupra psihoterapiei, în comparație cu generațiile anterioare. De exemplu, într-un sondaj la scară largă asupra populației germane publicat în 2005, psihiatrii M.C. Angermeyer și H. Matschinger, de la Universitatea din Leipzig, au raportat creșteri substanțiale în ultimul deceniu ale procentului de oameni care sunt dispuși să recomande o psihoterapie unei persoane cu depresie sau schizofrenie (nu cunoaștem niciun sondaj comparabil realizat în Statele Unite). Aceste descoperiri, precum și altele cresc posibilitatea ca, în anii următori, viziunea publicului asupra psihoterapiei să se apropie mai mult de realitate.

## **Lecturi recomandate**

Gabbard, G. & Gabbard, K. (1999), *Psychiatry and the cinema*, Washington: American Psychiatric Publishing.

Wedding, D., Boyd, M.A. & Niemiec, R.M. (2005), *Movies and mental illness: Using films to understand psychotherapy*, Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.



---

\*\*\*\*\* În engleză, *dippy* înseamnă „cu capul în nori“, dar și „nebun de legat“. (*N.red.*)

\*\*\*\*\* Versiunea românească a titlului: *Castelul din nori s-a dărâmat*. (*N.red.*)

# 43

## **De ce oamenii nu se schimbă?**

De câți terapeuți este nevoie ca să schimbe un bec? Nu răspunde încă. Vom ajunge la răspuns în scurt timp în acest capitol, care se ocupă de cât de dificil este să faci o schimbare, în ciuda celor mai bune intenții. Să ne gândim câți oameni se angajează în comportamente de autosabotare, în ciuda consecințelor negative:

- Fumatul, obezitatea și problema alcoolului pot duce la boală cronică și moarte prematură. Cu toate acestea, sondajele la scară largă realizate pe adulți de către Centrele pentru Controlul și Prevenția Bolilor au constatat că peste 20% dintre americanii adulți continuă să fumeze, peste 30% sunt semnificativ supraponderali și aproximativ 15% sunt mari consumatori de alcool.
- Oamenii nu urmează întotdeauna tratamentele medicale. Studiile arată că între 50% și 65% dintre pacienți nu urmează regimul recomandat și că 10% dintre internările în spital ale adulților cu vârste mai înaintate sunt rezultatul nerespectării indicațiilor medicilor. Pauline Vincent, aflată la Universitatea Case Western Reserve la vremea respectivă, a făcut un sondaj în rândul pacienților cu glaucom, studiul fiind publicat în 1971. Circa 54% dintre pacienții care știau că pot orbi dacă nu folosesc picăturile prescrise pentru ochi tot nu respectau indicația medicului.

- Adesea oamenii care vin la psihoterapie din cauza unor afecțiuni care le cauzează suferințe grave îngreunează chiar ei ajutorul pe care îl cer, fiind necooperanți, lipsind frecvent la ședințe sau renunțând cu totul la terapie. Un studiu a constatat că peste 70% dintre pacienții care primeau terapie într-un centru comunitar de sănătate mentală renunțau la terapie după a treia ședință!
- Multe încercări de schimbare a comportamentului rămân fără succes. De exemplu, psihologul John Norcross, de la Universitatea Scranton, a descoperit că doar 19% dintre cei care își luaseră de Anul Nou angajamentul de a schimba un comportament-problemă își menținuseră schimbarea și la doi ani distanță.
- Oamenii continuă să se angajeze în tipare de comportament — gelozie, dependență, cicăleală, furie, violență și izolare, de exemplu — care sunt deseori distructive pentru relațiile lor semnificative.

Unele dintre cele mai comune explicații ale acestor fenomene invocă diverse caracteristici

ale individului, precum încăpățânarea, rezistența, personalitatea dependentă și autodistructivitatea. Acest tip de raționament este destul de circular. Mai întâi comportamentul este dedus dintr-o anumită trăsătură (de pildă, „Nu se schimbă, pentru că este încăpățânat“), după care acea trăsătură este explicată pornind de la comportament („Este încăpățânat, pentru că nu se schimbă“). Este clar că avem nevoie de o înțelegere mai bună a motivului pentru care oamenii nu se schimbă. Iar aici intervine cercetarea științifică.

## Confuzia legată de schimbare

În *Ambivalence in Psychotherapy* (Guilford Press, 2006), David E. Engle, un psihoterapeut din Tucson, și Hal Arkowitz, unul dintre autorii acestei cărți, susțin că gestionarea ambivalenței este centrală. În viziunea celor doi, oamenii care vor schimbarea, dar nu o pot face sunt atrași concomitent în două direcții diferite: ei sunt atrași de motivațiile pentru schimbare, dar și motivațiile pentru păstrarea stării de fapt. Unele studii au demonstrat că echilibrul dintre aceste forțe opuse poate prezice cine se schimbă și cine nu. Ce anume stă în calea schimbării? Caseta 43.1 enumeră câțiva dintre factorii critici.

A-i ajuta pe oameni să se schimbe presupune să îi ajuți să *vrea* să se schimbe și nu să îi îmbii cu sfaturi, persuasiune sau presiune socială. Cercetările au demonstrat că aceste abordări

„înalt directive“ înclină să aibă efecte adverse, făcându-i pe pacienți să fie tot mai rezistenți la schimbare. De exemplu, un studiu realizat de William R. Miller, R. Gayle Benefield și J. Scott Tonigan, care lucrau cu toții la acea vreme la Universitatea New Mexico, a demonstrat că, pentru persoanele cu probleme legate de consumul de alcool, stilurile de terapie directiv-confrunționale au condus la o rezistență semnificativ mai mare și cu rezultate mai slabe după un an decât abordările mai degrabă suportive. Cu cât terapeuții îi confruntau mai mult pe clienți, cu atât clienții lor beau mai mult, a constatat acest studiu. Dimpotrivă, stilurile mai suportive aveau tendința de a genera mai puține reacții de acest fel și era mai probabil că ele să aibă succes.

O asemenea abordare este interviul motivațional dezvoltat de Miller și psihologul Stephen Rollnick de la Facultatea de Medicină a Universității Cardiff din Țara Galilor. În această metodă, terapeutul are ca obiectiv să întărească motivația intrinsecă a clientului către schimbare, explorând și rezolvându-i ambivalența. Scopul este să-l ajute pe client să devină avocatul schimbării (în locul terapeutului). Cu alte cuvinte, rezistența unui client la schimbare este văzută de terapeut ca ambivalență ce trebuie înțeleasă și evaluată în loc să fie întâmpinată direct cu opoziție.

### Caseta 43.1 Forțe care blochează schimbarea

- *Diablos* *conocidos*<sup>\*\*\*\*\*</sup> („răul cunoscut“): statu-quo-ul este familiar și predictibil, chiar dacă este inconfortabil. Dimpotrivă, schimbarea este impredictibilă și generează anxietate.
- Oamenii se tem că, dacă nu reușesc în efortul lor de a se schimba, se vor simți și mai rău.
- Credințe false (de exemplu, „Dacă nu am succes 100%, consider că este un eșec“) care pot împiedica schimbarea. Când alții ne presează să ne schimbăm, adesea percepem aceste presiuni ca pe niște amenințări la adresa libertății personale. Iar pentru a ne păstra acest sentiment de libertate, rezistăm la schimbare. Psihologii denumesc acest comportament „reactanță“.

- Comportamentele indezirabile pot avea funcții importante (cum ar fi cazul alcoolicului, pe care consumul de alcool îl eliberează temporar de stres și de depresie). Schimbarea (încetarea consumului) îl poate lăsa tocmai fără singurele mijloacele pe care le cunoaște persoana respectivă de a-și gestiona suferința.

Pentru dizolvarea ambivalenței, terapeutul oferă asistență în mai multe moduri. Aceste metode includ folosirea unui stil de terapie suportiv și punerea în evidență a afirmațiilor clientului care reflectă conflictul dintre comportamentul și valorile sale („Deci, este important pentru tine să fii o mamă bună pentru fiul tău, dar adicția ta la heroină te împiedică”). Asemenea discrepanțe creează un disconfort cu privire la starea prezentă a lucrurilor și cresc motivația pentru schimbare. În plus, terapeutul acordă mai multă atenție discursului clientului despre schimbare versus neschimbare, pentru a ajuta la rezolvarea ambivalenței și la înclinarea balanței către schimbare. Odată ce aceste incertitudini sunt rezolvate, adesea se vede schimbarea comportamentală.

Un număr important de cercetări arată că interviul motivațional și metodele asociate sunt instrumente de ajutor eficiente pentru schimbarea comportamentelor de dependență



de alcool și droguri, a comportamentelor legate de sănătate, dar și a tulburărilor de anxietate, depresiei, tulburării de comportament alimentar, problemelor cu jocurile de noroc, violenței domestice și chiar a ideilor suicidare. O revizuire cantitativă realizată de Hal Arkowitz, Brian Burke, la Colegiul Fort Lewis, și Marisa Menchola, de la Universitatea Arizona, a constatat o rată de ameliorare de 51% pentru interviul motivațional și alte tehnici derivate, în comparație cu 37%, ca urmare a unui tratament obișnuit sau chiar în cazul absenței vreunui tratament

În afară de utilizarea lui ca instrument terapeutic, ideile implicite ce rezultă din interviul motivațional pot fi folosite și pentru a ne ajuta să ne schimbăm pe noi înșine sau să schimbăm persoane apropiate. Aceste idei pun accent pe ascultare și înțelegerea ezitării legate de schimbare, pe lipsa opoziției față de persoană și pe încercarea de a întări, prin susținere, acea parte din psihicul persoanei care vrea să schimbe ceva.

Deci, de câți terapeuți *este* nevoie pentru a schimba un bec? De-acum probabil că ți-ai dat seama de răspuns: „De unul singur, dar becul trebuie să vrea cu adevărat să se schimbe“. Sperăm ca acest capitol să îți schimbe gândirea despre schimbare, să te ajute să nu-ți mai sabotezi eforturile și să îți pună în lumină ceea ce poți să faci.

## Lecturi recomandate

Arkowitz, H., Miller, W.R. & Rollnick, S. (coord.) (2015), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (ed. a 2-a), New York: Guilford Press.

Engle, D.E. & Arkowitz, H. (2006), *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*, New York: Guilford Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002), *Interviul motivațional. Pregătirea pentru schimbare* (ed. a 2-a), Agenția Națională Antidrog.

---

\*\*\*\*\* *Diavoli cunoscuți, în spaniolă. (N.t.)*

# Partea a X-a

**Alte mituri**

# Introducere

Miturile nu apar doar în anumite arii ale psihologiei. Le putem găsi în aproape toată psihologia, precum și în alte discipline și în viața de zi cu zi. În această secțiune, ne concentrăm pe o serie de mituri din psihologie care ating diverse arii, dar au implicații importante pentru sănătatea mentală.

- Cele mai multe dintre tulburările mentale pe care le întâlnim în țările occidentale sunt aceleași sau similare cu cele din alte părți ale lumii?
- Este gândirea pozitivă întotdeauna de ajutor?
- Noaptea cu Lună plină conduc realmente la comportamente ciudate?
- Cât de exactă este depoziția unui martor?
- Apărarea pe motive de „alienație mentală” este des invocată în procesele penale?

- Apărarea pe motiv de alienație mentală oferă o cale de scăpare pentru inculpat?
- Obezitatea este cauza în principal a lipsei de voință sau a factorilor de mediu, precum reclamele la mâncare?
- Comportamentele autodistructive, precum tăierea, reprezintă niște tentative reale de suicid sau oamenii fac aceste lucruri din alte motive?

44

## Tulburările psihice diferă de la o cultură la alta?

Să începem cu un mic chestionar. De câte dintre următoarele boli mentale ați auzit:

- *taijin kyofusho*,
- *hikikomori*,
- *hwa-byung*,
- reacția psihotică *qi-gong*?

Dacă scorul obținut este 0 din 4, nu trebuie să vă simțiți jenați: ar putea fi de vină cultura din care proveniți. Primele două condiții sunt boli mentale în mare endemice în Japonia; celelalte două sunt la fel de răspândite în China. Tulburările psihice sau, cel puțin, denumirile lor diferă de la o cultură la alta. Dar

sunt afecțiunile nonoccidentale cu adevărat distincte de cele din Statele Unite și Europa? Sau bolile mentale, indiferent cât de străine sunt ca denumire, variază doar în mică măsură, fiind apropiate de problemele familiare pentru occidentali, cum ar fi depresia sau schizofrenia?

Dovezile de până acum sugerează, cu putere, că exprimarea bolilor mentale poate fi influențată de cultură. Totuși, rămâne o problemă puternic dezbătută dacă în culturi radical diferite pot apărea tulburări psihiatrice cu adevărat noi.

Această problemă este mai degrabă una de importanță teoretică. Psihoterapeuții adesea se asigură că iau în considerare diferențele culturale în tratament, dar în mod tipic presupun că depresia, de exemplu, arată destul de similar oriunde ar fi, cu unele mici excepții. Dacă așa-numitele sindroame culturale — boli mentale specifice unei anumite societăți — sunt pure variații ale tulburărilor occidentale, atunci specialiștii în sănătatea mentală din țările occidentale pot continua în siguranță să se bazeze pe cunoștințele existente cu privire la tulburările cu care sunt familiarizați și să le trateze. Dimpotrivă, dacă unele afecțiuni psihiatrice sunt total distincte de cele din țările occidentale, ar putea fi necesar ca psihologii și psihiatrii să o ia de la zero în găsirea celei mai bune metode pentru a le trata.

## Sindroame asemănătoare

În secolul trecut, presupunerile legate de influența culturii în ceea ce privește bolile mentale s-au schimbat de la o extremă la alta. Decenii la rând, mulți antropologi culturali, sociologi și psihologi au presupus că există o diversitate atât de uriașă a tulburărilor psihiatrice pe tot globul, încât erau sceptici cu privire la orice încercări de clasificare. Dar acest punct de vedere a fost pus la îndoială în 1976, când antropologa Jane Murphy, de la Universitatea Harvard, a raportat dovezi puternice cu privire la faptul că unele sindroame par să traverseze culturi foarte diverse.

Murphy a examinat două societăți foarte diferite — un grup de yoruba din Nigeria și un grup de eschimoși inuiți de lângă Strâmtoarea Bering — care, în esență, nu aveau contacte cu cultura modernă. Totuși, aceste populații aveau cuvinte care desemnau tulburări ce păreau izbitor de asemănătoare cu schizofrenia, alcoolismul și psihopatia. De exemplu, inuiții foloseau termenul *kunlangeta* pentru a descrie pe cineva (de obicei bărbat) care minte, înșală și fură, este infidel în relația de cuplu și nu îi ascultă pe cei în vârstă — o schiță foarte asemănătoare cu cea a unui psihopat occidental. Când Murphy l-a întrebat pe un inuit cum se comportă de obicei grupul față de un astfel de individ, acesta a răspuns că „cineva



ar trebui să-l împingă jos de pe gheață când nu se uită nimeni“. Aparent, inuiții nu sunt nici ei mai încântați de psihopați decât suntem noi. Cercetări ulterioare au întărit concluzia lui Murphy. Dar ideea că unele boli mintale sunt prezente atât în cultura occidentală, cât și în culturi nonoccidentale nu elimină posibilitatea ca unele tulburări să existe doar în anumite societăți. Într-adevăr, în 1994, Asociația Americană de Psihiatrie a introdus o anexă de 25 de sindroame specific culturale în ediția a IV-a a *Manualului de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale (DSM-IV)*.

Dar, odată cu apariția acestei anexe, mulți oameni de știință au contestat ideea că sindroamele determinate cultural ar fi niște boli atât de aparte, argumentând că unele sau poate chiar toate ar fi variante ale tulburărilor deja cunoscute în cultura occidentală, cu denumiri diferite. De exemplu, unii vânători de balene de Groenlanda sunt afectați de o boală denumită „spaima de caiace“, caracterizată prin sentimente de panică ce îi cuprind în largul oceanului, însoțite de nevoia intensă de a reveni în siguranță înapoi pe uscat. Cu toate că spaima de caiace apare pe unele liste de sindroame asociate cultural, aceasta seamănă puternic cu varianta occidentală de tulburare de panică cu agorafobie, care este marcată de o frică intensă de situații în care persoana simte că nu ar mai putea scăpa în cazul unei apariții bruște a unei frici copleșitoare.

O altă posibilă boală occidentală deghizată este *taijin kyofusho*, care apare în lista de la începutul capitolului și care este menționată în noul „Glosar de concepte culturale ale suferinței psihice” din *DSM-5*. *Taijin kyofusho* este o tulburare de anxietate, comună în Japonia, marcată de frica de a nu jigni alți oameni, de obicei prin înfățișare sau mirosul corpului propriu. *Taijin kyofusho* ar putea fi o formă asiatică a fobiei sociale (denumită și tulburare de anxietate socială), în care oamenii trăiesc spaima că se vor comporta într-o manieră care este potențial jenantă: să zicem, făcând gafe atunci când vorbesc sau performează în public. Pentru că japonezii tind să fie mai preocupați de armonia și coeziunea grupului decât occidentalii, *taijin kyofusho* ar putea fi o formă de fobie socială într-o cultură care este deosebit de sensibilă la sentimentele altora.

## Tulburări distincte?

Cu toate acestea, unele sindroame determinate cultural pot fi suficient de diferite de tulburările occidentale, pentru a merita criterii de diagnostic separate (vezi Casetă 44.1). În bizara afecțiune *koro*, întâlnită îndeosebi în Asia de Sud-Est și Africa, oamenii se tem că organele lor sexuale dispar sau se micșorează. *Koro* se răspândește uneori la nivelul maselor panicate și este declanșată de o anxietate marcată. În boala tropicală *amok*, care a dat

naștere expresiei „l-a lovit amocul“, indivizii afectați, aproape toți bărbați, reacționează adesea la unele percepții ușoare prin retragere și visare, urmate de violență frenetică și necontrolată.

#### **Caseta 44.1 Nebunie cultivată?**

Unele boli mentale, precum cele enumerate mai jos, nu au echivalente directe în societatea occidentală. Oamenii de știință dezbat dacă aceste afecțiuni sunt distincte de problemele care îi infestează pe occidentali sau dacă includ aspecte mai puțin evidente, prin care, în cele din urmă, se vor lega de bolile pe care le cunoaștem foarte bine.



<i>Denumirea condiției</i>	<i>Principalele regiuni în care a fost raportată</i>	<i>Trăsături clinice</i>
<i>Hikikomori</i>	Japonia	Retragere socială extremă
<i>Dhat</i>	India, Pakistan	Anxietate, oboseală, îngrijorări legate de pierderea spermei
<i>Hwa-byung</i>	Coreea	Insomnie, oboseală, indigestie, dureri ușoare și dureri puternice, alte simptome fizice, toate atribuite furiei suprimate
<i>Latah</i>	Malaysia, Asia de Sud-Est	Tresăriri puternice și bruște, urmate de pierderea controlului, de proferarea de obscenități și de maimuțări la adresa celorlalți

<i>Windigo</i>	Canada Centrală și de Nord-Est, populațiile de nativi americani	Anxietate extremă, alături de frica de a nu-i canibaliza pe alții
Reacția psihotică <i>qi-gong</i>	China	Pierdere bruscă a sentimentului de realitate ca urmare a anumitor practici de meditație
<i>Ataque de nervios</i>	America Latină	Țipete, tremurături, înjurături, sentimente de pierdere a controlului și frică, uneori însoțite de comportament violent sau suicidal.

În tulburarea de „iubire 2-D”, recent raportată în Japonia și în alte țări, bărbații dezvoltă ceea ce par să fie niște relații de iubire cu personaje feminine din desene animate sau jocuri video; poartă cu ei oriunde merg perne cu desenul personajului iubit sau alte reprezentări tangibile ale acestuia. Nu se știe dacă aceste maladii misterioase au unele elemente comune cu bine documentatele boli psihiatrice occidentale. *Koro*, de exemplu, ar

putea fi un tip de hipocondrie (ipohondrie), dar această posibilitate a fost foarte puțin cercetată în mod sistematic.

Lăsând la o parte diferendurile științifice, specialiștii sunt de acord cu privire la faptul că expresia de suprafață a bolii mentale poate fi modelată de cultură în mod semnificativ. Ca o consecință, psihoterapeuții trebuie să fie mai atenți la influențele culturale asupra bolii mentale și să integreze lucrurile nou-aflăte în planurile de tratament. Între timp, oamenii de știință ar trebui să folosească inventare de personalitate și testări de laborator pentru a investiga cauzele și manifestările sindroamelor determinate cultural, pentru a vedea care dintre aceste tulburări sunt distincte de cele din cultura occidentală. Dacă unele dintre aceste sindroame se dovedesc a fi unice, specialiștii în sănătatea mentală vor trebui să construiască și să implementeze intervenții psihologice semnificativ diferite de cele pe care le cunoaștem.

### **Lecturi recomandate**

Guarnaccia, P.J. & Rogler, L.H. (1999), Research on culture-bound syndromes: New directions, *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1322–1327.

Simons, R.C. & Hughes, C.C. (coord.) (1985), *The culture-bound syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, Boston: D. Reidel/Kluwer.



# 45

## Gândirea pozitivă poate face rău?

*Accentuate the positive*<sup>\*\*\*\*\*</sup> ne implora cu veselie cântecul din 1944 al lui Johnny Mercer și Harold Arlen. De la *Almanahul bietului Richard* din 1750 al lui Benjamin Franklin (care îi învăța pe cititori că „regretul nu e bun decât pentru păcate”) până la pleiada de vorbitori motivaționali din zilele noastre, americanii au îmbrățișat o atitudine optimistă, de tipul „eu pot”. Căutați *positive thinking* pe Amazon.com și veți găsi o ofertă nesfârșită de produse menite să ne ajute să vedem viața prin lentile colorate în roz, inclusiv un calendar de perete, „Puterea gândirii pozitive”, și o serie de postere pe tema: „Depășirea adversităților prin încurajare și asertivitate”.

În realitate însă atitudinea pozitivă nu este întotdeauna ceea ce pare a fi. Deși o atitudine optimistă are fără îndoială beneficiile ei, rămân

în general nedemonstrate avantajele acestei gândiri „în roz“ pentru sănătate sau pentru starea materială. Mai mult, cercetările sugerează că optimismul poate fi dăunător în anumite circumstanțe.

## Plusuri ale pesimismului

În ciuda accentului popular pus pe gândirea pozitivă, psihologia teoretică s-a concentrat decenii la rând pe negativ. Chiar și astăzi o lectură atentă a manualelor de psihologie obișnuite dezvăluie predominanța abordărilor care se ocupă de partea întunecată a vieții — boala mentală, crima, adicția, prejudecata și altele asemenea —, ca reflectare, probabil, a dorinței psihologiei de a remedia aceste probleme personale și sociale.

De aceea, în ultima parte a anilor 1990, un colectiv de psihologi renumiți, conduși de psihologul Martin E. Seligman, de la Universitatea Pennsylvania, a definit un domeniu numit „psihologie pozitivă“. Această disciplină în ascensiune explorează cauzele și consecințele fericirii, forței de caracter, virtuților, rezilienței și ale altor aspecte importante ce țin de adaptare și sănătatea psihică. Nu toți psihologii „pozitivi“ insistă pe veselie cu orice preț — într-o carte din 1990, Seligman avertiza că optimismul „poate uneori să ne împiedice să vedem suficient de clar realitatea“. Dar mulți susțin o perspectivă care implică faptul că gândirea pozitivă este oricând

bună pentru toți, observa psihologa de la Bowdoin College, Barbara Held, într-un articol din 2004.

De fapt, multe dintre datele ce susțin beneficiile solide ale gândirii pozitive sunt discutabile. Conform unui studiu de revizuire din 2010, realizat de psihologul de la Universitatea Cornell, Anthony Ong, deși cele mai multe studii arată că oamenii optimiști au tendința de a fi mai sănătoși psihic și, de asemenea, de a trăi mai mult, aceste descoperiri provin din studii de corelație, care examinează asocierile statistice dintre gândirea pozitivă și realizările în viață, dar nu ne pot spune nimic despre relația cauză–efect. Astfel, a gândi pozitiv poate să ne facă mai sănătoși, dar faptul că suntem mai sănătoși ar putea fi ceea ce, de fapt, ne face să gândim pozitiv. O altă interpretare a acelorași rezultate: gândurile pozitive și o bună stare de sănătate sunt rezultatul unui al treilea factor — nivelul crescut de energie, să zicem — care nu a fost măsurat în cele mai multe dintre aceste studii. Aceeași ambiguitate infestază cele mai multe dintre studiile care pretind că optimismul poate schimba dispoziția depresivă sau poate crește performanța în muncă.

Chiar dacă în cele din urmă au apărut și rezultate mai optimiste despre optimism, este puțin probabil ca perspectiva roz să fie benefică pentru toată lumea. Pesimiștii defensivi, de exemplu, au tendința de a se îngrijora foarte tare în legătură cu situații

stresante din viitor, cum ar fi interviurile de angajare sau examenele importante, și supraestimează probabilitatea eșecului. Totuși, aceste îngrijorări funcționează pentru acești indivizi, pentru că le permit să fie mai bine pregătiți. Cercetarea psihologei Julie Norem, de la Wellesley College, și a colegilor ei arată că, dacă sunt deprivați de stilul lor preferat de adaptare — de exemplu, forțându-i să „se înveselească” —, pesimiștii defensivi performează mai slab în îndeplinirea sarcinilor. Mai mult, într-un studiu din 2001, cu participanți dintr-o comunitate de vârstnici, Seligman și psihologul de la Universitatea Brandeis, Derek Isaacowitz, au descoperit că, după ce trec prin evenimente de viață negative, cum ar fi moartea unui prieten, pesimiștii sunt mai puțin înclinați la depresie decât optimiștii. Pesimiștii petrec probabil mai mult timp antrenându-se mental pentru astfel de posibilități neplăcute.

Un alt studiu pune sub semnul întrebării puterea de vindecare a afirmațiilor pozitive — este vorba despre acele instrumente omniprezente ale psihologiei populare, parodiate de comicul Al Franken în rolul consilierului Stuart Smalley: „Sunt destul de bun, sunt destul de deștept și, la naiba, oamenii mă plac”. Într-un studiu publicat în 2009, psihologa Joanne Wood, de la Universitatea Waterloo, și colegii ei au constatat că, pentru participanții cu stimă de sine înaltă, repetarea de mai multe ori a unei

afirmații pozitive („Sunt o persoană demnă de iubire“) duce, într-adevăr, la stări de dispoziție ceva mai bune. Dar pentru cei cu stimă de sine scăzută, afirmațiile pozitive au efect advers, ducând la stări de dispoziție mai proaste. Wood și colegii săi au argumentat că afirmații de tipul celor proferate de Smalley sună fals în mintea indivizilor cu stimă de sine scăzută, servind doar pentru a le reaminti cât de des au eșuat în atingerea scopurilor lor în viață.

## Ce e prea mult strică?

O altă potențială breșă în mișcarea gândirii pozitive provine de la ideea că o atitudine optimistă poate fi nesănătoasă atunci când este dusă la extrem, deoarece ne poate îndepărta de realitate. Într-un articol din 2000, psihologul Christopher Peterson, de la Universitatea Michigan, unul dintre fondatorii mișcării gândirii pozitive, a distins optimismul realist, al persoanei care speră tot ce e mai bun, rămânând racordată la potențialele amenințări, de optimismul nerealist, al celor care ignoră asemenea pericole.

Un studiu din 2007 — realizat de psihologul Shigehiro Oishi, de la Universitatea Virginia, de psihologul de la Universitatea Illinois, Ed Diener, și de psihologul Richard Lucas, de la Universitatea de Stat din Michigan — întărește îngrijorările lui Peterson. Folosind analize realizate pe câteva eșantioane internaționale reprezentative, ei au constatat că, deși oamenii

extrem de fericiți au cel mai mult succes în relațiile interpersonale și sunt cei mai muncitori, oamenii moderat de fericiți au mai mult succes decât cei extrem de fericiți din punct de vedere financiar și educațional și, de asemenea, sunt mai activi politic. Indiscutabil, Oishi și colegii săi au evaluat fericirea, nu optimismul propriu-zis, deși cele două tind să fie văzute ca fiind foarte apropiate. Astfel, descoperirile lor ridică întrebarea dacă, nu cumva, deși o atitudine pozitivă realistă față de lume deseori ne ajută să realizăm anumite scopuri în viață, o atitudine pollyannică\*\*\*\*\*n-ar putea deveni costisitoare, poate din cauză că duce la autosuficiență.

Gândirea pozitivă cu siguranță are avantajele ei: ne poate încuraja să ne asumăm riscurile necesare și să ne extindem orizontul. Dar are și dezavantaje și poate să nu fie pentru oricine, în special pentru cei pentru care îngrijorarea și văicăreala sunt mecanisme de adaptare naturale. Mai mult, gândirea pozitivă poate fi contraproductivă dacă ne face să ignorăm, cu nepăsare, pericolele vieții. În sfârșit, așa cum avertiza jurnalista Barbara Ehrenreich într-o carte publicată în 2009, presupunerea atotprezentă că atitudinile pozitive ne permit să „ne concepem vindecarea” în cazul unor boli precum cancerul are o latură întunecată neluată în considerare: îi poate face pe oameni să nu se trateze cum trebuie de astfel de boli și să se învinovățească pentru că nu sunt mai veseli.

## Lecturi recomandate

Ehrenreich, B. (2009), *Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America*, New York: Metropolitan Books.

Held, B.S. (2004), The negative side of positive psychology, *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 9–46.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000), Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55, 5–14.

---

\*\*\*\*\* Pune accent pe pozitiv (N.t.)

\*\*\*\*\* Adjectiv derivat din numele Pollyanna, personajul principal din cartea omonimă a lui Eleanor H. Porter (1913). Pollyanna este o fetiță foarte optimistă care găsește în fiecare lucru ceva de care să se bucure. (N.t.)

# 46

## Luna plină declanșează comportamente ciudate?

*De vină-i numai Luna. Ea se-apropie mai mult ca niciodată de Pământ, scoțându-l pe om din minți.*

WILLIAM SHAKESPEARE, *OTHELLO*

De-a lungul secolelor, mulți au rostit fraza „Cred că asta vine de la Luna plină“, încercând să explice tot felul de întâmplări ciudate care au loc noaptea. Într-adevăr, zeița romană a Lunii purta numele de *Luna*, din care derivă „lunatic“. Pentru filosoful grec Aristotel și pentru istoricul roman Plinius cel Bătrân, creierul este organul cel mai „umed“ din corp și, ca urmare, cel mai susceptibil la influențele pernicioase ale Lunii, care produce și mareele. Credința în „efectul lunatic“ al Lunii sau „efectul Transilvania“, cum este uneori



denumit, a persistat în Europa pe parcursul Evului Mediu, când era larg răspândită ideea că oamenii se transformă în vârcolaci sau vampiri în timpul nopților cu Lună plină.

Chiar și astăzi mulți oameni cred că puterile mistice ale Lunii pline induc comportamente haotice, internări la psihiatrie, sinucideri, omucideri, apeluri la serviciile de urgență, accidente în trafic, bătăi la meciurile de hockey profesionist, câini care mușcă și tot felul de evenimente ciudate. Un sondaj a descoperit că 45% dintre studenții de colegiu cred că oamenii afectați de Luna plină sunt înclinați la comportamente neobișnuite, iar alte sondaje sugerează că specialiștii în sănătatea mentală pot fi chiar și mai înclinați decât oamenii obișnuiți să aibă această convingere. În 2007 câteva secții de poliție din Marea Britanie chiar au suplimentat numărul de ofițeri de poliție în nopțile cu Lună plină, pentru a face față presupuselor rate mai mari ale infracțiunilor.



Figura 46.1 Sursa: Wikimedia/Allen Watkin

## Apa în acțiune?

Inspirați de Aristotel și de Plinius cel Bătrân, unii autori contemporani, cum ar fi psihiatrul Arnold Lieber, din Miami, au argumentat că efectele presupuse ale Lunii pline asupra comportamentului uman apar ca urmare a influenței Lunii asupra apei din noi. Corpul uman, până la urmă, este circa 80% apă, deci poate că Luna acționează, cu magia ei malefică, tulburând cumva alinierea moleculelor de apă din sistemul nervos.

Dar există cel puțin trei motive pentru care această explicație intră la... apă, dacă-mi permiteți să zic așa. Mai întâi, efectele gravitaționale ale Lunii sunt mult prea minuscule pentru a genera un efect semnificativ asupra activității creierului, ca să nu mai vorbim despre comportament. Așa cum observa regretatul astronom George Abell de la Universitatea California, Los Angeles, un tânțar care ni se așază pe braț exercită asupra noastră o forță de atracție gravitațională mai puternică decât cea exercitată de Lună. Totuși, după cunoștințele noastre, nu există nicio raportare cu privire la „efectul lunatic al tânțarului”. În al doilea rând, forța gravitațională a Lunii afectează numai apele deschise, cum sunt oceanele și lacurile, nu și acumulările de apă închise, cum este creierul uman. În al treilea rând, efectul gravitațional al Lunii este la fel de puternic și în nopțile cu

Lună nouă, atunci când Luna este invizibilă pentru noi. Atunci, gravitația e la fel de intensă ca atunci când este Lună plină.

O problemă și mai serioasă pentru susținătorii fervenți ai efectului „lunatic” al Lunii este că nu există nicio dovadă că acesta ar exista. Psihologul James Rotton, de la Universitatea Internațională Florida, astronomul Roger Culver, de la Universitatea de Stat Colorado, și psihologul Ivan W. Kelly, de la Universitatea Saskatchewan, au căutat în lung și-n lat efecte comportamentale vizibile ale Lunii pline. În niciunul dintre cazuri nu au găsit nimic. Combinând rezultatele mai multor studii și tratându-le ca și cum ar fi un singur studiu uriaș — procedură statistică denumită metaanaliză —, ei au constatat că Luna plină nu corelează în niciun fel cu o mulțime de evenimente, inclusiv cu infracțiunile, sinuciderile, problemele psihiatrice și apelurile la serviciul de urgență. În revizuirea din 1987 a 37 de studii, intitulată „Much Ado about the Full Moon” („Mult zgomot în jurul Lunii pline”), care a apărut într-una dintre principalele reviste de psihologie, *Psychological Bulletin*, Rotton și Kelly au spus „adio”, cu umor, efectului Lunii pline și au conchis că cercetări suplimentare pe această temă nu mai sunt necesare.

Critici insistente au dezavuat această concluzie, indicând câteva descoperiri pozitive care apar în unele studii disparate. Totuși, chiar și cele câteva ipoteze de cercetare care

par să susțină efectele Lunii pline au fost contrazise la o investigație mai atentă. Într-un studiu publicat în 1982, o echipă de autori a raportat că accidentele de trafic sunt mai frecvente în nopțile cu Lună plină, decât în alte nopți. Totuși, un defect fatal afectează aceste constatări: în perioada luată în considerare, Luna plină a apărut mai adesea la sfârșitul săptămânii, atunci când mai mulți oameni ies mai des în trafic. Atunci când autorii au reanalizat datele pentru a elimina acest factor producător de confuzie, efectul lunar a dispărut.

## De unde vine această credință

Prin urmare, dacă așadar credințele despre efectul înnebunitor al Lunii sunt doar o legendă urbană astronomică și psihologică, de ce sunt ele atât de răspândite? Sunt câteva motive probabile. Aproape sigur un rol îl joacă reportajele din mass-media. Apoi avem mulțimea de filme de groază de la Hollywood, care descrie nopțile cu Lună plină ca perioade de vârf ale unor întâmplări înspăimântătoare, cum ar fi înjunghieri, împușcături și comportamente psihotice.

Poate și mai important, cercetările demonstrează că mulți oameni cad pradă unui fenomen pe care psihologii de la Universitatea Wisconsin–Madison, Loren și Jean Chapman, l-au denumit „corelație iluzorie”: percepția unei asociații care, în fapt, nu există. De exemplu,

mulți oameni care au dureri de articulații insistă că durerea lor crește în timpul vremii ploioase, deși cercetările infirmă această ipoteză. Asemănător în mare măsură cu mirajul apei, pe care credem că o vedem pe autostrăzi în zilele fierbinți de vară, corelațiile iluzorii ne pot păcăli că percepem anumite fenomene în absența acestora.

Corelațiile iluzorii rezultă în parte din înclinația minții noastre de a da atenție și de a-și reaminti mai bine evenimentele relevante pentru noi decât pe cele irelevante. Când este Lună plină și se întâmplă ceva ce este cu siguranță ciudat, observăm și Luna plină și apoi le spunem și altora și ținem minte acea corelație. Facem acest lucru, pentru că astfel de coincidențe se potrivesc cu preconcepțiile pe care le avem. Într-adevăr, un studiu a arătat că asistenții medicali de psihiatrie care credeau în efectul lunatic scriau mai multe observații despre comportamentele ciudate ale pacienților decât asistenții care nu credeau în acest efect. Dimpotrivă, atunci când este Lună plină și nu se întâmplă nimic, acest „noneveniment” se șterge repede din memoria noastră. Ca rezultat al reamintirii noastre selective, percepem în mod eronat existența unei asocieri între Luna plină și diversitatea de evenimente bizare.

Totuși, explicația corelației iluzorii, deși probabil că este o piesă crucială în acest puzzle, nu arată cum a apărut ideea efectului de Lună plină. O explicație intrigantă a originii

acestei credințe a ajuns la noi prin amabilitatea psihiatrului Charles L. Raison, care activează acum la Universitate Arizona, și a câtorva dintre colegii săi. Conform lui Raison, efectul „lunatic” al Lunii poate avea un miez de adevăr prin aceea că se poate să fi fost cândva ceva real. Raison argumentează că, înainte de apariția iluminatului exterior din timpurile moderne, lumina strălucitoare a Lunii pline îi împiedica să doarmă pe oamenii care trăiau în natură, inclusiv pe cei cu tulburări mentale severe. Întrucât deseori deprivarea de somn declanșează comportamente haotice la oamenii afectați deja de anumite afecțiuni psihice, cum ar fi tulburarea bipolară (anterior denumită depresie maniacală), apariția Lunii pline e posibil să fi fost corelată, mai demult, cu o rată crescută a comportamentelor bizare. Deci, efectul înnebunitor al Lunii este, în termenii lui Raison și ai colegilor lui, o „fosilă culturală”.

Poate că niciodată nu vom ști dacă această explicație ingenioasă este corectă. Dar în lumea de astăzi, cel puțin, ipoteza efectului „lunatic” al Lunii pare să aibă temeuri la fel de precare precum ideea că Luna este făcută din brânză mușcăită.

### **Lecturi recomandate**

Hines, T. (2003), *Pseudoscience and the paranormal* (ed. a 2-a) (2003), Amherst, NY, Prometheus Books.

Raison, C.L., Klein, H.M. & Steckler, M. (1999), The moon and madness reconsidered, *Journal of Affective Disorders*, 53(1), 99–106.

Rotton, J. & Kelly, I.W. (1985), Much ado about the full moon: A meta-analysis of lunar-lunacy research, *Psychological Bulletin*, 97(2), 286–306.

# 47

## **Am văzut bine ce-am văzut?**

### **Proba martorilor este deseori inexactă**

În 1984, Kirk Bloodsworth a fost condamnat pentru violarea și uciderea unei fete de nouă ani și a primit sentința de moarte prin asfixiere în camera de gazare, o condamnare care s-a bazat în special pe declarațiile date de cinci martori. După ce Bloodsworth a petrecut nouă ani în închisoare, testul ADN a dovedit că era nevinovat. Asemenea erori devastatoare făcute de martorii oculari nu sunt rare, conform unui raport al Innocence Project, o organizație afiliată Facultății de Drept „Benjamin N. Cardozo” de la Universitatea Yeshiva, care folosește testele ADN pentru a-i exonera pe cei care au fost greșit condamnați pentru crime și alte infracțiuni. Începând din anii 1990, când au fost introduse pentru prima dată testele ADN, cercetătorii de la Innocence Project au raportat că 73% dintre cele 239 de condamnări



anulate pe baza testelor ADN erau bazate pe declarații ale martorilor oculari. O treime dintre aceste cazuri de condamnări anulate se bazau pe declarațiile a doi sau mai multor martori oculari care au înțeles greșit ceea ce au văzut. Dar cum pot fi atât de mulți martori oculari care greșesc?

Identificarea de către un martor presupune, în mod tipic, selectarea presupusului agresor dintr-un șir de suspecti prezentați de poliție, dar poate fi bazată și pe schițe sau pe alte metode folosite de poliție. Curând după selectarea unui suspect, martorilor li se cere să dea o declarație formală care să confirme că făptașul este același cu persoana identificată de ei și să încerce să-și amintească orice alte detalii cu privire la evenimentele legate de infracțiunea respectivă. La proces, care poate să aibă loc după ani de zile, martorii depun declarații de obicei în fața instanței. Întrucât indivizii cu anumite tulburări psihice, cum sunt tulburarea de personalitate antisocială și dependența de substanțe, prezintă un risc crescut de comportamente infracționale, ei prezintă și un risc mai mare de a fi identificați de martorii oculari.

Sondajele arată că cei mai mulți jurați pun mare greutate pe declarațiile martorilor oculari atunci când decid dacă un suspect este vinovat. Dar, cu toate că depozitiile martorilor oculari sunt uneori exacte, jurații nu trebuie să le accepte fără nicio rezervă, din cauza multitudinii de factori care pot distorsiona

aceste relatări ale martorilor (vedeți Caseta 47.1). De exemplu, jurații au tendința de a da o mai mare greutate spuselor acelor martori oculari ce susțin că sunt foarte siguri cu privire la identificarea suspectului, chiar dacă cele mai multe studii arată că martorii cei mai convinși de ceea ce spun sunt în general doar ușor (sau deloc) mai aproape de adevăr decât cei care sunt mai puțin siguri pe ei. Pe lângă educarea juraților cu privire la incertitudinile legate de declarația martorilor oculari, respectarea unor reguli specifice pentru procesul de identificare a suspectilor poate face ca mărturia să fie mai precisă.

### **Caseta 47.1 Tendința de identificare eronată**

Acuratețea identificărilor făcute de martorii oculari poate fi redusă ținând cont de mai mulți factori. Iată câțiva dintre ei:

- stresul extrem suferit de cel ce-a fost martor la comiterea unei infracțiuni sau în timpul procesului de identificare;
- prezența armelor în timpul comiterii acelei infracțiuni (pentru că ele pot intensifica stresul și îl pot distra pe martor);

- folosirea unei deghizări de către făptaș, precum o mască sau o perucă;
- disparitatea rasială dintre martor și suspect;
- perioada scurtă în care martorul îi poate vedea pe suspecti în timpul identificării bazate pe alegerea unei persoane dintre mai mulți suspecti sau în timpul altor proceduri de identificare;
- lipsa unor caracteristici distinctive ale suspectului, precum tatuaje sau o înălțime extremă.

Sursa: Adaptat după „Expert Testimony Regarding Eyewitness Identification“, de B.L. Cutler și G.L. Wells, în *Psychological Science in the Courtroom: Consensus and Controversy*, vol. coord. de Jennifer L. Skeem, Kevin S. Douglas și Scott O. Lilienfeld, Guilford Press, 2009.

## Reconstruirea amintirilor

Acceptarea necritică a declarațiilor martorilor oculari poate izvorî dintr-o preconcepție populară despre cum funcționează memoria. Mulți oameni cred că memoria umană funcționează ca un aparat de înregistrare: mintea înregistrează evenimente, apoi, la primul semnal, redă o replică exactă a acestora. Dimpotrivă, psihologii au constatat că, de

fiecare dată când ni le reamintim, amintirile sunt mai degrabă reconstruite decât redade. Actul reamintirii, spune eminenta cercetătoare a memoriei Elizabeth F. Loftus, de la Universitatea California, Irvine, este „mai asemănător cu așezarea laolaltă a unor piese de puzzle decât cu extragerea unei secvențe de pe o înregistrare video“. Chiar și interogarea de către un avocat poate altera amintirile martorului ocular, pentru că fragmente din memorie pot fi combinate, fără știință, cu informații oferite de cel care pune întrebările, ducând la o reamintire inexactă.

Mulți cercetători au creat amintiri false la indivizi normali; mai mult, acești subiecți erau siguri că aceste amintiri sunt reale. Într-un studiu bine-cunoscut, Loftus și colega sa, Jacqueline Pickrell, le-au dat subiecților povestiri scrise ale unei serii de patru evenimente, dintre care trei le experimentaseră în realitate. A patra povestire era o ficțiune; se concentra pe faptul că subiectul fusese pierdut într-un mall sau în alt loc public când avea între 4 și 6 ani. O rudă oferea detalii realiste ale poveștii inventate, precum descrierea mallului la care părinții subiectului făceau cumpărături. După lectura fiecărei povestiri, subiecților li s-a cerut să scrie ce altceva își aminteau despre incident sau să indice dacă nu și-l aminteau deloc. În mod remarcabil, circa o treime dintre subiecți au raportat că își aminteau parțial sau total evenimentul inventat. În două interviuri

de evaluare ulterioară, 25% încă mai susțineau că își aminteau povestea neadevărată, o cifră care apare și în alte studii similare.

Având în vedere pericolul pe care îl reprezintă convingerile eronate, bazate pe mărturiile false ale martorilor oculari, cum putem micșora frecvența unor asemenea erori? Innocence Project a propus o serie de norme care să îmbunătățească acuratețea identificărilor făcute de martorii oculari. Aceste propuneri includ: înregistrarea video a procedurii de identificare, astfel încât jurații să poată determina dacă a fost realizată corespunzător; așezarea în șirul de suspecti a unor persoane care seamănă cu descrierea făptașului oferită de martor; informarea celui care privește șirul de suspecti că făptuitorul poate să fie, dar poate și să nu fie printre ei; în fine, verificarea faptului că persoana care gestionează procesul de identificare a celui vinovat dintr-un șir de suspecti (sau prin alte proceduri de identificare) nu știe cine anume este suspectul principal. Cu toate că doar câteva orașe și state nord-americane au adoptat legi pentru îmbunătățirea acurateței identificărilor făcute de martorii oculari, pare să existe un interes tot mai mare în acest sens.

## Depozițiile experților

Un ultim aspect: permisiunea ca specialiștii în identificarea bazată pe mărturii oculare să poată depună declarații în instanță îi poate

educa pe jurați și poate duce la o evaluare mai riguroasă a declarațiilor martorilor. Cele mai multe instanțe din Statele Unite nu permit asemenea expertize oferite în fața instanțelor, pe motiv că cercetarea de laborator a martorilor oculari nu se aplică instanțelor și că, în orice caz, concluziile sunt în mare parte unele de bun-simț și de aceea nu aduc prea multă lumină. Totuși, psihologul Gary Wells, de la Universitatea de Stat Iowa, și colega sa, Lisa Hasel, au adunat dovezi considerabile care arată că descoperirile experimentale se aplică mărturiei în instanță și că adesea sunt contraintuitive.

Știința poate și trebuie să contribuie la procesul judiciar, pentru a îmbunătăți acuratețea și evaluarea declarațiilor martorilor oculari. Vedem unii pași mici în această direcție, dar instanțele de judecată au încă un drum lung de parcurs pentru a se asigura mai bine că nu sunt pedepsiți oameni nevinovați din cauza scăpărilor ce apar în această influentă metodă de livrare de dovezi.

### **Lecturi suplimentare**

Loftus, E.F. (2007), *Eyewitness testimony: Civil and criminal* (ed. a 4-a), Newark: LexisNexis.

Skeem, J.L., Douglas, K.S. & Lilienfeld, S.O. (coord.) (2009), *Psychological science in the courtroom: Consensus and controversy*, New York: Guilford Press.

Wells, G.L., & Hasel, L.E. (2007), Eyewitness identification: Issues in common knowledge and generalization, in E. Borgida & S.T. Fiske (coord.), *Beyond common sense: Psychological science in the courtroom*. Oxford, Anglia: Wiley-Blackwell.

# 48

## **Apărarea în justiție bazată pe invocarea „alienației mentale“**

Pe 20 iunie 2001, Andrea Yates, o fostă asistentă medicală din Houston, cu un istoric de depresie postpartum severă, și-a înecat toți cei cinci copii (cu vârste între 6 luni și 7 ani) într-o cadă de baie. După condamnarea din 2002 care a fost anulată în apel, Yates a fost achitată în 2006 ca fiind nevinovată din motive de „alienație mentală“. Avocații lui Yates, susținuți de mărturia unui expert, au argumentat că ea a crezut că este persecutată de Satana și că trebuie să-și protejeze copiii de la pedeapsa veșnică, ucigându-i.

Patruzeci și șase de state americane au în legislație o versiune a apărării pe motiv de alienație mentală, Utah, Montana, Idaho și Kansas fiind singurele care nu o permit. Această apărare este menită să-i protejeze pe



oamenii care sunt incapabili să-și înțeleagă sau să-și controleze acțiunile infracționale (deci nu au discernământ sau capacitate juridică — *n.red.*), și care au nevoie să primească un tratament adaptat tulburărilor lor.

Cu toate acestea, ideea că făptașii pot fi considerați nevinovați din punct de vedere legal este greu de înghițit pentru public. În cazul lui Yates, gazda unei emisiuni radio, Mike Gallagher, a sintetizat foarte bine sentimentele publicului: „Deci acum“, a opinat Gallagher, „oficial și formal, Andrea Yates nu și-a înecat cei cinci copii, nu-i așa?“ În mod similar, după achitarea din 1982 a lui John W. Hinckley Jr. pentru tentativa de asasinat comisă asupra Președintelui Ronald Reagan, un sondaj realizat de ABC News a arătat că 76% dintre americani credeau că Hinckley — care a scăpat pe motiv că suferă de idei delirante — ar fi trebuit să fie condamnat.

Cu toate că justificarea violenței lui Yates și a lui Hinckley poate părea greșită, apărarea pe motive de „alienație mentală“ este, de fapt, concepută tocmai pentru asemenea situații. Conceptul de „vină“ penală înseamnă mai mult decât că un inculpat a comis cutare infracțiune; în aproape toate statele din SUA, este necesar și ca persoana să fie considerată în deplinătatea facultăților mentale în momentul în care a comis fapta. Și, cu toate că mulți cred că achitarea persoanelor considerate fără discernământ aruncă infractori periculoși înapoi în stradă, în realitate se întâmplă

rareori ca avocații să folosească această apărare; în plus, de obicei, apelul la această justificare nu reușește. Chiar și atunci când apărarea are câștig de cauză, cel achitat ajunge de obicei să primească sentințe similare sau mai lungi decât condamnările pentru cei cu discernământ. Principala diferență dintre achitare și condamnare constă în faptul că cei achitați pe motiv de „alienație mentală” sunt de obicei trimiși în spitale psihiatrice în loc să fie trimiși în penitenciare.

## Izvoarele acestei apărări

În 1843, Daniel McNaughton a mers la casa aflată la numărul 10 de pe Downing Street din Londra, cu intenția de a-l ucide pe primul-ministrul britanic, Robert Peel. Confundându-l pe secretarul acestuia cu Peel, McNaughton l-a împușcat pe secretar, care a murit după cinci zile. McNaughton a fost achitat pe motivul că ar fi crezut că guvernul complota împotriva lui, dar verdictul nu avea un precedent clar și se baza pe fundamente legale neclare. Reacționând la furia publicului față de acest verdict, un complet de judecători a compus un îndrumar pentru achitările pe motive de alienație mentală, acest ghid devenind apoi legea McNaughton: pentru a fi declarați alienați mental (sau lipsiți de capacitate psihică), inculpații trebuie fie să nu fi știut ce făceau în momentul respectiv, fie să nu fi conștientizat că acțiunile lor sunt greșite.

Legea McNaughton, pe care au adoptat-o multe dintre statele nord-americeane, se bazează pe factori cognitivi, exonerându-i pe făptași de responsabilitatea legală pentru că le lipsește capacitatea de a înțelege semnificația infracțiunii lor. Unele state au adoptat în prezent îndrumarul mai puțin strict folosit de Institutul Juridic American în 1962, care a extins apărarea pe motive de incapacitate psihică, incluzând și cazurile în care o persoană nu își poate controla impulsul de a acționa din cauza unei tulburări psihiatrice. Cei care susțin această apărare, în oricare dintre forme, o privesc ca pe o excepție necesară pentru rarele cazuri în care oamenii sunt incapabili să-și inhibe comportamentele distructive. Cei mai mulți avocați cred că este inuman să pedepsești indivizi care nu își dau seama de ceea ce fac. În schimb, spun ei, ar trebui să încercăm să-i reabilităm sau măcar să îi tratăm.

Dar unii critici susțin că achitarea pentru o infracțiune comisă în mod evident de o persoană identificată este lipsită de sens. Pentru ei, apărarea pe motiv de alienație sau incapacitate psihică conduce la confuzia între două lucruri diferite: una este a stabili dacă o persoană este vinovată de o faptă pe care a comis-o și alta este să stabilești cât de aspră să fie pedeapsa pe care trebuie să o primească. Cei mai mulți sceptici cred că toți inculpații care

comit infracțiuni trebuie să fie găsiți vinovați, dar că uneori cei cu boli mentale severe trebuie să primească sentințe mai blânde.

În lumina acestui punct de vedere, în jur de douăzeci de state din SUA au introdus verdictul de „vinovat, dar bolnav mental“, care consideră că persoana este responsabilă legal de infracțiune, dar ține cont de boala mintală, ca circumstanță atenuantă în stabilirea pedepsei. Acest verdict presupune ca individul bolnav să primească tratamentul de care are nevoie. În realitate, cei considerați vinovați, dar bolnavi mental uneori nu ajung să primească terapia adecvată. Mai mult, verdictul nu a dus la o reducere categorică a numărului de achitări pe motiv de alienație sau incapacitate psihică.

## Utilizarea judicioasă a apărării bazate pe „alienația mentală“

Indiferent dacă achitarea pe motiv de alienație (incapacitate psihică) este sau nu justificată, ea este adecvată doar în acele rare cazuri în care o tulburare mentală propriu-zisă a șters frânele psihice pe care cei mai mulți dintre noi le folosim pentru a ne opri din a acționa imoral. Totuși, mulți americani au senzația că apărarea pe motive de incapacitate psihică este invocată pe scară largă și de obicei cu succes. Într-un studiu din 2007, psihologa Angela Bloechl, de la Universitatea Wisconsin-Oshkosh, și colegii săi au constatat că studenții estimează că această apărare este folosită în 30% dintre

cazurile penale și că are succes în 30% dintre situații. Totuși, datele prezentate de mai multe studii arată că doar în 1% dintre cazurile penale este invocată această apărare și doar 15-25% dintre ele ajung la achitare.

Cu toate că achitării notorii în urma apărărilor care au invocat incapacitatea psihică, precum cele ale lui Yates și Hinckley, atrag atenția exagerată a mass-mediei, mii de alți inculpați au fost totuși condamnați după ce au invocat starea de alienație, și îi includem aici pe Jack Ruby (care l-a ucis pe Lee Harvey Oswald, asasinul lui John F. Kennedy), David Berkowitz („Fiul lui Sam”), Jeffrey Dahmer (ucigaș în serie) și Lee Boyd Malvo (unul dintre cei doi lunetiști care au ucis 17 oameni în zona metropolitană Washington în 2002).

Mulți oameni cred, de asemenea, că cei achitați pe baza invocării stării de alienație (incapacitate psihică) sunt eliberați rapid și ușor din închisoare. „Câțiva ani de tratament într-un spital de boli mintale și apoi, gata, a scăpat! E bine-mersi acum, poate să umble liberă printre oamenii care habar nu au de ce e în stare”, specula Gallagher despre Yates. În realitate, doar 1% dintre cei care folosesc cu succes apărarea pe motiv de alienație sunt eliberați imediat, iar, în medie, durata internărilor în spital ale celor achitați pe motive de incapacitate psihică este de circa 3 ani. Într-adevăr, la momentul scrierii acestor rânduri, Yates este încă instituționalizată într-un spital de boli mentale din Kerrville, Texas,

la mai bine de 15 ani de la achitare. Mai mult, datele colectate în 1995 de sociologul Eric Silver, care lucra pe atunci la Policy Research Associates, în Delmar, New York, sugerează că cei considerați nevinovați pe motiv de incapacitate psihică adesea rămân în închisi în spitale psihiatrice la fel de mult timp ca și cei condamnați pentru fapte comparabile; în unele state, precum New York și California, stau chiar mai mult. Astfel, apărarea pe motiv de alienație este departe de a asigura o eliberare rapidă.

Cetățenii și politicienii trebuie să înțeleagă această apărare avocătească așa cum este ea: ca o excepție extrem de rară, care confirmă regula că aproape toți indivizii trebuie considerați responsabili juridic pentru acțiunile lor ilegale.

### **Lecturi suplimentare**

Caplan. L. (1984), *The insanity defense and the trial of John W. Hinckley, Jr.* Boston: David R. Godine.

Daftary-Kapur, T., Groscup, J.L., O'Connor, M., Coffaro, F. & Galietta, M. (2011), Measuring knowledge of the insanity defense: Scale construction and validation, *Behavioral Sciences & the Law*, 29(1), 40–63.

Silver, E., Cirincione, C. & Steadman, H.J. (1994), Demythologizing inaccurate perceptions of the insanity defense, *Law and Human Behavior*, 18(1), 63–70.

# 49

## **Cât de mult contribuie mediul la obezitate?**

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, obezitatea este o „epidemie globală“. Două treimi dintre adulții americani și o treime dintre copiii de vârstă școlară sunt fie supraponderali, fie obezi.

Ultimele sondaje raportează creșterea abruptă a acestor procente. Din 1960 până în 2002, populația de adulți supraponderali și obezi a crescut în general cu 50%, iar creșterea corespunzătoare la copii a fost de 300%. Problema și mai gravă este că ratele de obezitate din alte țări se apropie rapid de cele din Statele Unite.

Care este cauza acestei pandemii și ce putem face în legătură cu ea? Cercetătorii au oferit unele încercări de răspuns, aflate în completă contradicție cu opiniile publicului larg.



Oamenii de știință sugerează că sporirea ratelor obezității poate fi rezultatul schimbărilor din mediu, care ne tentează să avem obiceiuri nesănătoase și care ne face să consumăm în exces, îngrășându-ne. Într-adevăr, condițiile de mediu pot exacerba tendințele înnăscute de a folosi mâncarea ca balsam pentru agitația nervoasă sau pentru tristețe. Astfel, mulți specialiști în sănătate pledează pentru adoptarea unor legi — de exemplu, o taxă pe mâncarea de proastă calitate — care să promoveze alimentația sănătoasă. Alții încearcă să-i ajute pe oameni să-și schimbe obiceiul de a avea tot timpul mâncare la îndemână, pentru a descuraja supraalimentarea.

## Mituri legate de obezitate

Mulți, inclusiv specialiști în sănătate, consideră că obezitatea poate fi atribuită pur și simplu lipsei de autocontrol sau de voință. Este adevărat că oamenii obezi adesea sunt incapabili să-și controleze adecvat alimentația. Dar lipsa autocontrolului este pur și simplu o descriere, nu o explicație. Ceea ce rămâne de explicat este *de ce* nu pot avea suficient autocontrol.

Medicii le spun tot timpul pacienților lor obezi să reducă porțiile de mâncare. De asemenea, cărțile de diete, articolele din revistele de sănătate și de pe paginile de internet, dar și programele pentru slăbit din

comerț îi încurajează pe oameni să mănânce mai puțin și să se miște mai mult. Din nefericire, abordările bazate pe autocontrol nu par să funcționeze prea bine. Așa cum au crescut vânzările de cărți despre pierderea în greutate în ultimii ani (de la 3,6 milioane de exemplare în 2005 la 4,8 milioane în 2007, în SUA), la fel a crescut și obezitatea. Mai mult, două treimi dintre cei care slăbesc prin programe de pierdere în greutate redobândesc greutatea pierdută într-un an și aproape toți pun la loc kilogramele date jos în termen de cinci ani.

Alte explicații pentru creșterea obezității sunt bazate pe gene și pe factorii psihologici. Este adevărat că oamenii sunt predispuși să se îngrășe din cauza structurii lor genetice. Dar factorii genetici nu pot explica de unde vine *creșterea* bruscă a prevalenței obezității în societate. Genele relevante pentru menținerea greutateii nu se schimbă în mod semnificativ într-o perioadă de cincizeci de ani la nivelul unei populații. Unii factori psihologici pot juca și ei un rol în obezitate, inclusiv impulsivitatea, anxietatea și tendința unora de a mânca atunci când sunt cuprinși de stări emoționale negative. Dar, chiar și așa, nu există niciun motiv să credem că aceste caracteristici au devenit mai accentuate în ultimele decenii. Ca urmare, factorii genetici și psihologici nu pot să explice creșterea ratei obezității.

## Mediul toxic

Rezultatele unui mare număr de studii susțin concluzia că o influență puternică asupra comportamentului alimentar o exercită condițiile de mediu. Spre deosebire de factorii biologici, mediul nostru nutrițional s-a schimbat în mod radical în ultimii cincizeci de ani. În diferite publicații, psihologul Kelly D. Brownell, de la Universitatea Yale, a folosit termenul de „mediu toxic“, referindu-se la această nouă atmosferă alimentară de expunere permanentă la mâncăruri calorice, puternic promovate pe piață, ieftine și larg accesibile, la care se adaugă și lipsa de activitate fizică.

Un raport din 1995 al Institutului de Medicină a deschis drumul pentru realizarea mai multor studii atunci când a ajuns la concluzia că rădăcina problemei obezității „trebuie să se găsească în forțele sociale și culturale puternice care promovează o dietă bogată energetic și un stil de viață sedentar“. Studiile mai recente au confirmat această ipoteză. Aceste forțe, susține Brownell, includ explozia pieței de fast-food, cantitatea tot mai mare a porțiilor la restaurante, bufetele de tip „tot ce poți mânca“, proliferarea minimarketurilor, care vând gustări și băuturi cu conținut înalt caloric, contractele școlilor cu companii de fast-food și băuturi răcoritoare,

prin care acestea își vând produsele în cantinele școlare, și reclamele agresive și difuzate pe scară largă la alimente nesănătoase.

Data fiind importanța mediului în evoluția ratelor de obezitate, mulți cercetători, inclusiv Brownell, argumentează că ne trebuie legi și politici sociale noi pentru a combate această maladie. Propunerile controversate ale lui Brownell sugerează, de exemplu, controlul asupra reclamelor la alimente destinate copiilor, interzicerea produselor fast-food și a băuturilor răcoritoare în școli și subvenționarea alimentelor sănătoase.

Taxarea este un alt mijloc ce-ar putea fi eficient în reducerea consumului de alimente dăunătoare, așa cum a demonstrat taxa pe tutun. Brownell și Thomas Frieden, care conduce acum Centrele pentru Controlul și Prevenția Bolilor, susțin că e nevoie de o taxă aplicată la una dintre substanțele care contribuie cel mai mult la obezitate: băuturile îndulcite cu zahăr. Recent, Comisia pentru Finanțe a Senatului Statelor Unite a recomandat un astfel de impozit pentru a ajuta la combaterea obezității. Deși principalele corporații producătoare de băuturi răcoritoare s-au opus acestei taxe, propunerea se află acum pe agenda națională.

Cercetătorul Brian Wansink, de la Universitatea Cornell, și colegii săi au constatat că unii stimuli ce vin dinspre mediul alimentar personal exercită, de asemenea, presiune asupra tendințelor noastre de a ne

supraalimenta (vezi Caseta 49.1). Pe baza acestor descoperiri, ei au sugerat diferite moduri de a ne schimba mediul de viață pentru a reuși să mâncăm mai puțin. Ei recomandă, de exemplu, să reducem mărimea porțiilor, să nu ținem la vedere alimentele tentante, să nu mâncăm niciodată direct din pachet și să le cerem ospătarilor să ia de pe masă chipsurile sau pâinea.

Analiza puterii de influență a mediului asupra obezității poate duce la multe sugestii practice pentru slăbirea efectelor nocive ale mediului alimentar și pentru încurajarea alimentației sănătoase pe toată durata vieții. Și, pentru că obezitatea este o problemă serioasă, care a reușit să se extindă în toate colțurile lumii, trebuie să explorăm fiecare posibilă cale de a-i reduce prevalența.

### **Caseta 49.1 Consumul abundent**

Studiile arată că mediul nostru de viață influențează în mare măsură cât de mult și ce mâncăm. În cartea sa *Mindless Eating: Why We Eat More Than We Think*<sup>\*\*\*\*\*</sup> (Bantam Dell, 2007), Brian Wansink, care predă un curs despre Comportamentul Consumatorului și Științe Nutriționale la Universitatea Cornell, descrie stimulii de mediu pe care numeroase studii de cercetare i-au legat de supraalimentare. Iată câțiva dintre aceștia:

- Cu cât e mai mare cantitatea de mâncare din farfurie, cu atât mâncăm mai mult.
- Cu cât este mai mare ambalajul în care se află hrana, cu atât mâncăm mai mult.
- Când mâncarea pe care o pregătim vine în pachete mari, mâncăm mai mult decât dacă alimentele ar fi fost ambalate în pachete mai mici.
- Mâncăm mai mult când mâncarea este vizibilă și așezată la îndemână.
- Mâncăm mai mult când mâncarea are o denumire atractivă (cum ar fi „salată italiană de fructe de mare suculente”), decât atunci când aceeași mâncare are un nume oarecare (cum ar fi „fructe de mare”).
- Școlarii care locuiesc aproape de fast-fooduri au o rată cu 5% mai mare a obezității decât cei care merg la o școală situată mai departe de astfel de magazine.

- Oamenii care se mută din țări mai puțin dezvoltate în unele avansate prezintă rate crescute de obezitate față de indivizii care rămân în țările mai puțin dezvoltate.

### **Lecturi recomandate**

Bray, G.A. & Bouchard, C. (coord.) (2014), *Handbook of obesity* (ed. a 4-a), Boca Raton, FL, CRC Press.

Brownell, K.D. & Battle Horgen, K. (2003), *Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it*, New York: McGraw-Hill.

Wadden, T.A., Brownell, K.D. & Foster, G.D. (2002), Obesity: Responding to the global epidemic, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 510–525.

---

\*\*\*\*\*  
\_\_\_\_\_ *Mâncatul în neștire: de ce mâncăm mai mult decât ne  
dăm seama (N.t.)*



# 50

## Când mâncatul devine boală

„De când mă știu, duc o bătaie tăcută în capul meu dacă să duc sau nu furculița la gură, iar când mă conving să mai iau un duminat, nu gust decât rușine“, scrie Jena Morrow în memoriile sale, *Hollow: An Unpolished Tale*<sup>\*\*\*\*\*</sup> (Moody Publishers, 2010). În cartea sa, Morrow își reamintește durerea și suferința pe care le-a îndurat în lupta ei pentru a-și depăși tulburarea de comportament alimentar de care suferea: *anorexia nervosa*.

Cu bătaia tăcută a lui Morrow rezonează 0,6% din populația Statelor Unite, care va suferi de anorexie la un moment dat pe parcursul vieții. Un alt 1% va experimenta *bulimia nervosa*, conform unui sondaj realizat în 2007 de psihiatrul James I. Hudson, de la Facultatea de Medicină Harvard, și asociații săi. Deși aceste cifre sunt mai mici decât procentele pentru cele mai multe dintre

afecțiunile psihice, tulburările de comportament alimentar pot fi devastatoare la nivel emoțional și fizic.

Persoanele care suferă atât de anorexie, cât și de bulimie sunt preocupate de greutatea și de forma corpului lor, iar stima lor de sine este bazată în mare parte pe cât de satisfăcute sunt de aceste două caracteristici fizice.

Persoanele cu anorexie adesea refuză să mănânce, pierd semnificativ în greutate și sunt consumate de frica de a nu deveni supraponderale. Cei care suferă de această tulburare au, de asemenea, credința distorsionată că sunt grași atunci când, de fapt, nu sunt.

Bulimia este caracterizată prin episoade frecvente de mâncat compulsiv, în timpul cărora este consumată o cantitate neobișnuit de mare de mâncare. Oamenii cu bulimie se tem că vor crește în greutate de la mâncatul compulsiv, așa că încearcă să evite kilogramele în plus de obicei forțându-se să vomite sau luând cantități mari de laxative și diuretice.

Înțelegerea adecvată a acestor tulburări este esențială pentru a ști cine prezintă riscuri de îmbolnăvire și pentru a găsi tratamentul adecvat. Totuși, mulți oameni au preconcepții grave despre anorexie și bulimie. Iată aici cinci dintre acestea:

**1. Mitul nr. 1:** Tulburările de comportament alimentar sunt extrem de rare la bărbați și la băieți.

**Fapt:** Deși tulburările alimentare sunt mai răspândite printre femei decât printre bărbați, un procent semnificativ de bărbați se luptă cu ele. Hudson și asociații au constatat că 0,9% dintre femei și 0,3% dintre bărbați au avut ori au în prezent anorexie. Cifrele corespunzătoare pentru bulimie au fost de 1,5%, respectiv 0,5%.

**2. Mitul nr. 2:** Anorexia este singura tulburare de comportament alimentar care poate pune viața în pericol.

**Fapt:** Tulburările de comportament alimentar au cea mai înaltă rată de mortalitate dintre bolile mentale din cauza complicațiilor medicale și suicidului. Într-o lucrare din 2009, psihiatrul Scott Crow, de la Facultatea de Medicină din cadrul Universității Minnesota, și colegii săi au analizat documentele de constatare a decesului pentru un număr de 1 885 de persoane care fuseseră evaluate cu 8–25 de ani înainte într-o clinică de tulburări de comportament alimentar din Minnesota. Ratele de mortalitate pentru anorexie și bulimie în acest grup au fost aproximativ aceleași: aproximativ 4%. Alți cercetători au

constatat o mortalitate ceva mai înaltă pentru anorexie decât pentru bulimie, dar și bulimia poate fi fatală.

**3. Mitul nr. 3:** Utilizarea purgativelor este un mod eficient de a pierde în greutate.

**Fapt:** Foarte probabil, cei mai mulți bulimici cred în acest mit, altfel nu ar vomita sau nu ar folosi purgative în încercarea de a elimina calorii. Deși utilizarea purgativelor este unul dintre criteriile formale pentru bulimie, mulți oameni cu anorexie le folosesc și ei. Totuși, purgația nu este eficace pentru pierderea în greutate. Laxativele și diureticele cauzează pierderea de apă care este repede înlocuită. Laxativele ne scapă doar de 10% din kaloriile ingerate. Vomitatul este, de asemenea, destul de ineficace. În momentul în care o persoană își provoacă vomitatul, în mod tipic, imediat după finalul episodului de mâncat compulsiv, corpul deja a absorbit 50–75% din mâncarea ingerată. Nu doar că purgația și vomitatul sunt ineficace pentru pierderea în greutate, dar pot cauza deshidratarea gravă, dezechilibrul electrolitic și alte probleme, toate putând duce la boli grave sau la moarte.

**4. Mitul nr. 4:** Greutatea corpului este un indiciu că o persoană suferă de bulimie.

**Fapt:** În ciuda consumului compulsiv, indivizii cu bulimie au o greutate corporală care nu poate fi diferențiată de cei care nu au această tulburare. Poate că cel mai evident semn de bulimie sunt obrații pufoși, din cauza creșterii în mărime a glandelor salivare, ca urmare a abuzului de purgative. Dar de obicei prietenii și familia nu știu că bulimia e însoțită de acest semn fizic. Deoarece tulburarea poate fi dificil de observat, cei care suferă de ea adesea nu reușesc să primească sprijinul de care au nevoie, adică nu au parte de un tratament adecvat. Pe de altă parte, o înfățișare excesiv de slabă poate fi un indiciu că persoana suferă de anorexie. În stadiile avansate, când individul este cu 20%–30% mai slab decât greutatea normală, tulburarea devine chiar și mai evidentă.

**5. Mitul nr. 5:** Vindecarea tulburărilor de comportament alimentar este rară.

**Fapt:** Multe studii susțin eficacitatea unui anumit tip de terapie cognitiv-comportamentală (TCC) pentru bulimie, în care terapeuții îi educă pe pacienți cu privire la ce este bulimia — de exemplu, le explică de ce purgația este inefficientă —, le modifică gândurile disfuncționale despre greutate și îi învață strategii pentru a rezista impulsului de a mânca în mod compulsiv și de a trece

apoi la vomismente sau purgații. Într-un raport publicat în anul 2000, psihiatrul W. Stewart Agras, de la Facultatea de Medicină din cadrul Universității Stanford, și colegii săi au condus ședințe de terapie cognitiv-comportamentală (TCC) sau de terapie interpersonală (TIP), care se concentrează pe contextul interpersonal al problemei și pe rezolvarea conflictelor care pot contribui la această tulburare. Ei au lucrat cu un număr de 220 de indivizi diagnosticați cu bulimie, care au beneficiat de 19 ședințe de TCC sau de TIP. Când tratamentul a luat sfârșit, 29% dintre cei care făcuseră terapie cognitiv-comportamentală se recuperaseră, în comparație cu doar 6% dintre cei care fuseseră tratați cu terapie interpersonală. Însă, după un an întreg de ședințe săptămânale, ratele de succes erau mai apropiate: 40% dintre cei care beneficiaseră de TCC și 27% dintre cei care primiseră TIP nu mai aveau tulburarea. Deși este loc considerabil pentru îmbunătățiri, aceste descoperiri sugerează că anumite tipuri de terapie pot fi foarte utile în cazurile de bulimie.

Tabloul este mai puțin încurajator pentru anorexie. Primul obiectiv este readucerea greutateii corpului la normal sau aproape de normal, ceea ce adesea se face în spital. Surprinzător, 85% dintre pacienții spitalizați

câștigă destul în greutate, încât să poată merge acasă, unde provocarea este să se mențină la o greutate sănătoasă. Unele date sugerează că un tip de terapie cognitiv-comportamentală similar cu cel folosit pentru bulimie poate fi de ajutor pentru a preveni recăderea în cazul anorexiei. În anul 2003, psihologa Kathleen M. Pike, de la Universitatea Columbia, și colegii ei au prescris unui număr de 33 de pacienți cu anorexie, care fuseseră externați din spital, să facă timp de un an TCC sau consiliere nutrițională. La sfârșitul tratamentului, doar 22% din grupul cu TCC recăzuse în boală sau renunțase la terapie, în comparație cu 73% din grupul care primise consiliere nutrițională. Mai mult, 44% dintre pacienții cu TCC prezentau ameliorări semnificative și 17%, o recuperare completă, în comparație cu 7% și, respectiv, 0% din grupul cu consiliere nutrițională. Cu toate că rezultatele terapiei cognitiv-comportamentale sunt promițătoare, suntem încă departe de vindecarea anorexiei, luând în considerare că alți cercetători, care și-au urmărit pacienții mai mult timp, au constatat rate de recădere considerabil mai mari.

Totuși, unele persoane cu anorexie se vindecă. Și cu cât mai mulți oameni află care e realitatea despre tulburările de comportament alimentar, precum anorexia și bulimia, cu atât mai repede aceste boli grave vor fi mai lesne recunoscute și tratate.

## **Lecturi recomandate**

Agras, W.S. (coord.) (2010), *The Oxford handbook of eating disorders*, Oxford: Oxford University Press.

Pike, K.M., Walsh, B.T., Vitousek, K., Wilson, G.T. & Bauer, J. (2003), Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2046–2049.

Walsh, B.T. Attia, E., Glasofer, D.R., & Sysko, R. (coord.) (2014), *Handbook of assessment and treatment of eating disorders*, Arlington: American Psychiatric Association Publishing.



---

\*\*\*\*\*

Goală pe dinăuntru. O poveste nepoleită (N.t.)

# 51

## Autovătămarea

### Pe muchie de cuțit

„Nu simiți că te rănești atunci când începi să te tai. Simți însă că este singurul mod în care poți să ai grijă de tine“, îi spunea o tânără (pe care o vom numi Alice) jurnalistei Marilee Strong, care o interviewa pentru cartea ei din 1998, *A Bright Red Scream: Self-Mutilation and the Language of Pain*\*\*\*\*\*. La fel ca mulți alți adolescenți și tineri, Alice se autovătăma cu regularitate, tăindu-se pe brațe și la încheieturi.

Acest comportament îi nedumerește de multă vreme pe oamenii obișnuiți și pe oamenii de știință deopotrivă. Mulți presupun că este la fel ca o tentativă de sinucidere, iar alții cred că e doar un truc, pentru a-i manipula pe alții. În realitate, o persoană care se angajează în mod deliberat într-un gest de autorănire poate risca sinuciderea, dar actul, prin definiție, nu este o

tentativă de vătămare mortală. În plus, pot fi numeroase motive pentru acest comportament, căutarea atenției celorlalți fiind unul dintre cele rare motive. Într-adevăr, așa cum sugerează comentariul lui Alice, persoanele atrase de aceste comportamente adesea spun că acțiunile lor aduc efecte psihice pozitive. Lucrări recente sugerează că autovătămătarea poate oferi în unele cazuri o formă de eliberare de durere, descoperire care poate conduce la noi tratamente pentru această afecțiune.



Figura 51.1 Sursă: Anna Goodson Management/  
DANIEL STOLLÉ

## Distrugere deliberată

Într-o carte din 2009, psihologul Matthew K. Nock, de la Universitatea Harvard, definea

autovătămarea nonsuicidară ca fiind „distrugerea directă și deliberată a propriului țesut corporal în absența intenției suicidare”. De departe, cele mai comune metode de autovătămare sunt tăierea și zgârierea pielii. Alte mijloace de a autorănire includ lovitul capului de un obiect, lovirea altor părți ale corpului, arderea și ruperea rănilor, oprindu-le vindecarea. În cazuri rare, oamenii ajung la extreme grotești, precum autocastrarea sau scoaterea propriilor ochi.

Autovătămarea nu este nici ceva neobișnuit, nici ceva nou. În ultima parte a secolului al XIX-lea, femeile europene erau renumite pentru că se înțepau singure cu acul. Mai recent, lista figurilor publice care se autorănesc îi include pe următorii: Prințesa Diana, actorii Johnny Depp și Angelina Jolie, cântărețele Amy Winehouse, Courtney Love și Marilyn Manson, dar și pe unul dintre pionierii cercetării sexualității, Alfred Kinsey.

În anul 2011, psihologul E. David Klonsky, de la Universitatea British Columbia, a făcut un sondaj telefonic cu 439 de adulți selectați la întâmplare, cu vârste între 19 și 92 de ani, întrebându-i dacă se autorănesc în prezent sau dacă au făcut-o vreodată și, dacă da, când a apărut acest comportament și ce tipuri de răni și-au provocat. Datele obținute au scos la iveală un zguduitor 6% dintre participanții la sondaj care prezentau un tip de comportament de autovătămare la un moment dat pe parcursul vieții. Klonsky a constatat că autovătămarea

începe de obicei între vârsta de 13 și 15 ani și este mai frecventă la adolescenți. Doar 35% dintre subiecți au început să se rănească singuri la vârsta de 18 ani sau după aceea. Rezultatele studiilor asupra diferențelor de gen sunt mixte, dar cele mai multe constată că obiceiul este mai răspândit printre femei.

Mai grav decât rănille propriu-zise — cu toate că acestea necesită uneori tratament medical — este riscul crescut de tentativă de suicid sau chiar de suicid la cei care suferă cronic de această tulburare. Numeroși cercetători au constatat o asocierie puternică între autovătămare și comportamentele suicidare, cum ar fi gândurile, planurile și tentativele de suicid, precum și suicidul reușit. Într-un articol de sinteză din 2002 psihiatrul David, de la Universitatea Leeds din Anglia, raporta că mai mult de 5% dintre pacienții spitalizați pentru autovătămare mor prin suicid în cel mult 9 ani de la externare.

Cândva se credea că autovătămarea este limitată la tulburarea de personalitate borderline, o boală gravă, marcată prin instabilitatea dispoziției afective, identității, controlului impulsului și relațiilor. Știm acum că oamenii care se abuzează fizic sunt foarte probabil afectați de o boală mentală, precum depresie majoră, tulburare bipolară, tulburări de anxietate, tulburări alimentare, schizofrenie și unele tulburări de personalitate, inclusiv tipul borderline (vezi capitolul 30 din acest volum).

Pentru a pune în lumină semnificația ei patologică, autovătămarea fără intenție suicidară a fost pentru prima dată clasificată drept o boală distinctă în ediția din 2013 a *Manualului de Diagnostic al Asociației Americane de Psihiatrie, DSM-5*. În loc să fie un diagnostic propriu-zis însă, această afecțiune apare într-o secțiune intitulată „Afecțiuni care necesită studii suplimentare”, care enumeră comportamente sau probleme ce merită cercetări de aprofundare. Noua definiție subliniază că autovătămarea nu este asociată cu o anumită boală mentală și poate constitui o problemă de sine stătătoare. De exemplu, unii oameni pot fi diagnosticați cu tulburare de depresie majoră și autovătămarea fără intenție suicidară, pentru a distinge acea persoană de o alta care este depresivă, dar nu își produce răni de una singură.

## Adaptare și schimbare

În ciuda numeroaselor încercări de a determina de ce oamenii se rănesc în mod deliberat, nimeni nu este sigur de răspuns. Când sunt întrebați de ce o fac, cel mai adesea oamenii spun că acțiunile lor îi ajută să-și reprime (sau să se elibereze de) emoțiile negative, precum anxietate, furie sau depresie. Psihiatrul Leo Sher, care lucra pe atunci la Universitatea Columbia, și psihologa de la aceeași universitate, Barbara Stanley, au conchis într-o revizuire din 2009 a cercetărilor din domeniul

biologiei că autovătămarea eliberează în creier mesageri chimici asemănători opioidelor, cunoscuți sub numele de endorfine. Eliberarea acestora duce la o stare euforică ce reduce durerea și aduce o amânare a suferinței emoționale, confirmând motivul pe care îl menționează cei mai mulți dintre cei care se autorănesc. Această stare poate explica, de asemenea, de ce oamenii precum Alice spun că ei simt că sunt buni cu ei înșiși. Un procent mai mic de indivizi afectați raportează că durerea îi ajută să iasă dintr-o amorțeală afectivă, că vor să se pedepsească pentru faptele rele sau că își folosesc rănilor pentru a atrage atenția celorlalți.

Pe baza ipotezei secreției de endorfine, unii cercetători au examinat dacă naltrexona — un medicament folosit în tratamentul dependenței de alcool care blochează eliberarea acestor hormoni în creier — poate limita acest comportament autodistructiv, prin reducerea efectelor paliative ale autovătămării. Până acum însă rezultatele studiilor cu privire la eficacitatea acestui medicament și a altora pentru această afecțiune au fost neconvingătoare.

Deocamdată, o tehnică denumită terapie dialectic-comportamentală, dezvoltată de psihologa Marsha M. Linehan, de la Universitatea din Washington, oferă cea mai bună speranță pentru acești pacienți. În această terapie — inițial concepută pentru persoanele cu tulburare de personalitate

borderline, 80% dintre acestea prezentând comportamente de autorănire —, clienții învață, printre alte strategii de adaptare (*coping*), cum să tolereze mai bine stresul și cum să reducă sentimentele negative. Metoda combină tehnicile de reglare emoțională folosite în terapia cognitiv-comportamentală cu exercițiile de mindfulness care întăresc acceptarea și trăirea momentului prezent. Cel puțin cinci studii controlate arată că terapia dialectic-comportamentală reduce ratele de autovătămare și scade numărul tentativelor de sinucidere și al episoadelor de abuz de substanțe la persoanele cu tulburări de personalitate.

Deși eficacitatea acestei terapii la persoanele cu alte probleme psihologice rămâne nedovedită, acest tratament este un punct de plecare excelent pentru tinerele și tinerii din toată lumea care au nevoie de mai puține modalități vătămătoare de a se îngriji de ele însele.

### **Lecturi recomandate**

Koerner, K. (2012), *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*, New York: Guilford Press.

Nock, M.K. (coord.) (2009), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*, Washington: American Psychological Association.



Nock, M.K. (2014), *Oxford handbook of suicide and self-injury*, New York: Oxford University Press.

---

\*\*\*\*\*  
Un strigăt roșu țipător. Automutilarea și limbajul  
durerii (N.t.)

# Post-scriptum

## Ghidul cititorului pentru detectarea balivernelor

Așa cum se zice, orice lucru bun se termină la un moment dat. Timp de peste opt ani am fost autorii unei rubrici din *Scientific American Mind*, despre adevăruri și mituri în sănătatea mentală, oportunitate pentru care suntem profund recunoscători acestei reviste. Acele articole au stat la baza capitolelor din această carte.

Am scris aceste articole pentru un motiv simplu: trăim într-o lume în care educația privind sănătatea mentală este mai importantă decât oricând. Conform datelor unui sondaj publicat în 2010 de psihiatrul Mark Olfson, de la Universitatea Columbia, și de psihologul Steven Marcus, de la Universitatea Pennsylvania, circa 3% dintre americani fac psihoterapie, aproape cei mai mulți dintre ei luând și medicamente. Mai mult, așa cum observa psihiatrul Thomas Insel, fost director al Institutului Național de Sănătate Mentală, într-un plan strategic din 2014, incidența numărului de afecțiuni ale sănătății mentale, incluzând aici tulburarea de spectru autist și depresia majoră, s-a exacerbat în ultimii ani, cu toate că semnificația creșterii acestor rate rămâne o chestiune controversată.

În ciuda atotprezenței bolilor mentale, mulți oameni sunt îngrozitor de dezinformați cu

privire la acestea. Este un fapt îngrijorător, deoarece concepțiile eronate despre bolile mentale pot fi dăunătoare. De exemplu, credința greșită că oamenii cu schizofrenie sunt înclinați către violență poate duce la o stigmatizare nejustificată (vezi capitolul 33 din acest volum). Iar ipoteza nedovedită că antidepresivele sunt mai eficiente decât terapia cognitiv-comportamentală pentru tratamentul pe termen lung al depresiei poate să îi descurajeze pe oameni să caute cele mai benefice intervenții pentru bolile lor (v. capitolul 12). În acest capitol de încheiere vom extrage câteva dintre cele mai importante lecții pe care le putem învăța din această carte.

## O minte predispusă la neînțelegeri

Câteva erori comune de gândire ne fac pe toți susceptibili la anumite concepții eronate cu privire la sănătatea psihică. De pildă, „euristica disponibilității” este o scurtătură mentală prin care ghicim frecvența unui eveniment în funcție de cât de proaspăt este acesta în memoria noastră. De exemplu, credința greșită că cei mai mulți dintre copiii ai căror părinți divorțează au o capacitate slabă de adaptare probabil că izvorăște din faptul că se vorbește mai des despre copiii care au parte de probleme grave după divorțul părinților. Invers, atunci când un copil se adaptează bine după un divorț — așa cum o fac cei mai mulți —, nu se vorbește aproape niciodată

despre reziliența copilului. În consecință, plecând de la informațiile la care suntem expuși, vom deduce că divorțul este mai strâns legat de probleme psihice decât este în realitate (vezi capitolul 20 din acest volum).

O altă eroare de logică răspândită este *post hoc, ergo propter hoc*, ceea ce înseamnă „dacă urmează după asta, înseamnă că este din această cauză”. Minte noastră caută în mod continuu conexiuni între evenimente, ceea ce ne poate face să conchidem că un eveniment care precede apariția unei boli psihice a și cauzat acea condiție. De pildă, mulți oameni continuă să creadă că vaccinurile pentru copii (în special cele care conțin conservantul thimerosal) cauzează autism, deoarece vârsta obișnuită a vaccinării copiilor — imediat după ce împlinesc un an — este chiar înainte de vârsta la care în mod tipic devin evidente primele semne de autism. Această legătură cronologică este aparent mai convingătoare pentru mulți decât numeroasele studii epidemiologice, realizate la scară largă, care au contrazis existența vreunei legături cauzale între vaccin și autism (vezi capitolul 12 din acest volum).

De asemenea, multe concepții eronate despre boala mentală conțin un miez de adevăr, care ne poate conduce la concluzii false. De exemplu, doar pentru că bunăoară câinii, caii și alte animale domestice ne oferă căldură emoțională, care ne poate liniști temporar o stare de îngrijorare, nu înseamnă că terapia

asistată de animale poate ameliora principalele simptome ale unor tulburări mentale majore, precum autismul, schizofrenia și anorexia nervoasă (vezi capitolul 41 din acest volum).

## Induși în eroare de către mesager

Pe măsură ce informațiile devin tot mai abundente și mai accesibile, abilitatea noastră de a evalua articole, cărți și pagini de internet crește crucial. Circa 3 500 de cărți de autoajutorare apar în fiecare an, dar puține sunt bazate pe cercetări sau sunt supuse unei analize științifice (vezi capitolul 39 din acest volum). De asemenea, multe pagini de psihologie de pe internet sunt pline de informații eronate. Într-un sondaj din 2012, realizat pe un număr de opt site-uri ale unor asociații naționale de autism din SUA, profesoara de educație specială Jennifer Stephenson și coautorii, de la Universitatea Macquarie din Australia, au constatat că cele mai multe site-uri oferă informații derutante despre eficacitatea intervențiilor. De exemplu, dintre cele 33 de tratamente pentru autism amintite de aceste pagini de internet, există dovezi empirice solide doar pentru trei. (Cele trei sunt bazate pe principiile modificării comportamentului, tehnică ce întărește activitățile adaptative.)

Principalele canalele media pot, și ele, să răspândească distorsiuni, fie din cauza greșelilor ce apar din grabă (în care sunt

realizate materialele media), fie din pricina neînțelegerii tematicii sau a dorinței exagerate de a avea priză la public. Așa cum psihologul observa Thomas Gilovich, de la Universitatea Cornell, în cartea sa din 1991, *How We Know What Isn't So*<sup>\*\*\*\*\*</sup>, aproape întotdeauna reporterii întăresc ideea centrală a unui articol și lasă pe dinafară detaliile marginale. De asemenea, în mod obișnuit ei exagerează de dragul unei povești bune. Pe 7 octombrie 2013, prima pagină a ziarului *The Sun*, un tabloid britanic, trâmbița: „1 200 de oameni uciși de pacienți cu boli mentale“. Titlul dădea de înțeles că pacienții psihiatrici omorâseră 1 200 de oameni în Marea Britanie. Dar această cifră nu includea doar pacienți din sistemul de sănătate mentală, ci și indivizi care au fost evaluați retrospectiv, de către cercetători, ca prezentând simptome ale unor boli mintale, tip de judecată care este extrem de subiectivă.

Chiar și atunci când o poveste este mai nuanțată, titlul tot poate înșela mintea oamenilor. În 2014, psihologul Ullrich Ecker, de la Universitatea Australia de Vest, și colegii săi au colectat date care arată că titlurile înșelătoare, precum „Temeri legate de fluorul din apa potabilă“ (care deschidea un articol ce se ocupa de cât de sigură este prezența fluorului în apă), pot genera inferențe distorsionate cu privire la povestea spusă, ducând la concepții eronate. Astfel, cititorii trebuie nu doar să continue să citească dincolo de titlu, dar e bine și să descifreze cu atenție

orice detalii dintr-o poveste, care contrazic sau adaugă nuanțe titlului. Trebuie să fim atenți, de asemenea, la încercările derutante de a crea echilibru într-o poveste. Uneori jurnaliștii se simt obligați să prezinte ambele fațete ale unei chestiuni, chiar și atunci când consensul științific este clar de o singură parte.

Sperăm ca această carte să-i educe pe cititori cu privire la sănătatea psihică, așa încât și indivizii, dar și societatea să aibă de câștigat. Ideile și analizele pe care le-am oferit de-a lungul anilor sunt departe de a lămuri toate aspectele, dar pot servi ca ghid prin labirintul tot mai complicat al opiniilor despre sănătatea mentală.

### **Lecturi recomandate**

Gilovich, T. (1991), *How we know what isn't so: The fallibility of human reason in everyday life*, New York: Free Press.

Jorm, A.F. (2012), Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health, *American Psychologist*, 67(3), 231–243.

---

\*\*\*\*\* Cum știm că nu e chiar așa (N.t.)



## Despre autori

**Hal Arkowitz, Ph.D.**, este profesor emerit asociat la Universitatea Arizona. Și-a obținut licența la Universitatea New York și doctoratul în psihologie (clinică) la Universitatea Pennsylvania. Principalele sale interese în cercetare sunt axate pe înțelegerea modului în care se schimbă oamenii și a motivelor pentru care nu se schimbă. Dr. Arkowitz a publicat articole și cărți în domeniile anxietății, depresiei, psihoterapiei și interviului motivațional. Timp de zece ani, a lucrat ca editor al *Journal of Psychotherapy Integration*. De asemenea, este activ în planul practicii clinice și este deosebit de interesat de integrarea științei și practicii terapeutice în psihologia clinică.

**Scott Lilienfeld, Ph.D.**, este profesor la catedra „Samuel Candler Dobbs” de psihologie de la Universitatea Emory din Atlanta. A obținut licența la Universitatea Cornell în 1982 și doctoratul în psihologie (clinică) la Universitatea din Minnesota în 1990. Dr. Lilienfeld este editor asociat la *Journal of Abnormal Psychology* și a fost președintele Societății pentru Știința Psihologiei Clinice și președinte al Societății pentru Studiul Științific al Psihopatiei. Dr. Lilienfeld a publicat peste trei sute de lucrări în domeniul tulburărilor de

personalitate (îndeosebi în domeniul psihopatiei), tulburărilor disociative, diagnosticului psihiatric, pseudoștiinței în psihologie și metodelor validate științific din psihologia clinică. În 1998, Dr. Lilienfeld a primit Premiul „David Shakow” pentru contribuții excepționale, la nivel de debutant, în psihologia clinică din partea Diviziei 12 a APA, iar în 2012 a primit Premiul „James McKeen Cattell” pentru contribuții aduse la știința psihologiei aplicate, distincție primită din partea Asociației pentru Științe Psihologice.